UNIVERSITÉ D'ALGER
FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER

ANNÉE 1913 — N° 3

LES MÉTASTASES PELVIENNES des Cancers de l'Estomac

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement, le 11 Mars 1913

PAR

ULYSSE BARDY

ANCIEN INTERNE DE 1re CLASSE DES HÔPITAUX
DOCTEUR EN PHARMACIE DE L'UNIVERSITÉ D'ALGER
Né à Montmiral (Tarn), le 17 Décembre 1888

MEMBRES DU JURY :

MM. VINCENT, professeur de clinique chirurgicale, *Président.*
POUJOL, professeur d'anatomie pathologique et histologie.
CABANES, chargé des fonctions d'agrégé.
FUSTER, chargé des fonctions d'agrégé.
} *Juges.*

ALGER
IMPRIMERIE AGRICOLE & COMMERCIALE, F. MONTÉGUT
12, Rue Charras (Carrefour de l'Agha)
1913

UNIVERSITÉ D'ALGER
FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER

ANNÉE 1913 — N° 3

LES
MÉTASTASES PELVIENNES
des Cancers de l'Estomac

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement, le 11 Mars 1913

ACAD.
LUGD.BAT.
BIBL.

PAR

ULYSSE BARDY

ANCIEN INTERNE DE 1re CLASSE DES HÔPITAUX
DOCTEUR EN PHARMACIE DE L'UNIVERSITÉ D'ALGER

Né à Montmiral (Tarn), le 17 Décembre 1888

MEMBRES DU JURY :

MM. VINCENT, professeur de clinique chirurgicale, *Président.*
POUJOL, professeur d'anatomie pathologique et histologie.
CABANES, chargé des fonctions d'agrégé. } *Juges.*
FUSTER, chargé des fonctions d'agrégé.

NOTA. — La Faculté n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

DOYEN	MM.	CURTILLET, (✻, I. ✪).
ASSESSEUR		VINCENT (I. ✪).

PROFESSEURS

Anatomie	MM.	WEBER (I. ✪).
Anatomie pathologique et histologie		POUJOL (I. ✪)
Physiologie		REY (✻, I. ✪).
Clinique médicale		ARDIN-DELTEIL (I. ✪).
Clinique chirurgicale		VINCENT (I. ✪).
Clinique des maladies des pays chauds et des maladies syphilitiques et cutanées		BRAULT (✻ I. ✪).
Clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie		CURTILLET (✻, I. ✪).
Clinique obstétricale		ROUVIER (✻ I. ✪).
Clinique ophtalmologique		CANGE (A. ✪).
Chimie médicale et toxicologie		MALOSSE (I. ✪ ✪).
Physique médicale et biologique		GUILLEMIN (✻, I. ✪).
Pharmacie		BATTANDIER (I. ✪).
Matière médicale et thérapeutique		HÉRAIL (I. ✪).
Histoire naturelle médicale et parasitologie		TRABUT (✻I.✪MA.O✪)
Pathologie générale, microbiologie		SOULIÉ (I. ✪).
Hygiène et médecine légale		CRESPIN (I. ✪).

CHARGÉ DE COURS

Chimie biologique	M.	SAMBUC (I. ✪).

CHARGÉS DES FONCTIONS D'AGRÉGÉ

Anatomie et physiologie	MM	LEBLANC (A. ✪).
Pathologie et clinique internes		GILLOT (A. ✪).
Pathologie et clinique externes et clinique obstétricale		E. CABANES (A. ✪). FUSTER.
Chimie et physique		MALOSSE (A. ✪).
Pharmacie et matière médicale		MUSSO.
Section de médecine générale		RAYNAUD.
Section de parasitologie et sciences naturelles appliquées à la médecine		VIGUIER.
Section d'anatomie		ARGAUD (A. ✪).

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PÈRES

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MA GRAND-MÈRE

A MON COUSIN CABROL
Docteur en Pharmacie

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A mon Maître Monsieur le Professeur MOSSÉ
Professeur de clinique médicale à la Faculté de Toulouse

A Mon Maître Monsieur le Professeur HÉRAIL
Professeur de matière médicale et de thérapeutique
à la Faculté d'Alger
(Témoignage de ma profonde gratitude)

A mon Maître
Monsieur le Professeur ARDIN-DELTEIL
Professeur de clinique médicale à la Faculté d'Alger
(Faible témoignage de ma bien vive reconnaissance).

A TOUS MES MAITRES DE LA FACULTÉ
DE TOULOUSE

A TOUS MES MAITRES DE LA FACULTE D'ALGER

A TOUS MES MAITRES D'EXTERNAT
ET D'INTERNAT DANS LES HOPITAUX

A MES CAMARADES D'INTERNAT

A MON MAÎTRE MONSIEUR LE PROFESSEUR VINCENT

Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté d'Alger

(Qui m'a fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse. Humble témoignage de mon profond dévoûment et de ma bien vive reconnaissance).

A MES JUGES :

MONSIEUR POUJOL

Professeur d'anatomie pathologique et histologie

MONSIEUR CABANES

Chargé des fonctions d'agrégé

MONSIEUR FUSTER

Chargé des fonctions d'agrégé

CHAPITRE PREMIER

Historique et Introduction

Bien que relativement fréquentes, les tumeurs malignes de l'ovaire et du péritoine pelvien n'ont été bien étudiées que dans ces dernières années. A ce sujet, nous devons signaler les thèses de Vigne, de Marie Dolratvorsky, de Dartigue, de Dreyfus, le rapport de Mériel au dernier Congrès de Toulouse (septembre 1910), et, surtout, la thèse plus récente de Desurmont.

Dans leurs travaux, ces auteurs ont signalé la coexistence du cancer bilatéral des ovaires et du cancer de l'estomac ; ce fait, relaté aussi dans plusieurs publications scientifiques antérieures, dans les traités de gynécologie et de médecine même publiés avant 1899 était considéré comme une simple coïncidence. Ce n'est qu'en 1899, après les travaux de Krukenberg, qu'on a admis la possibilité des métastases ovariennes provenant d'un cancer primitif de l'estomac.

De nos jours encore la question est loin d'être définitivement résolue ; certains auteurs se demandent s'il faut simplement invoquer le hasard ; d'autres pensent qu'il s'agit de tumeurs multiples à structure analogue ou complètement différente, développées simultanément sur un même individu ; d'autres, enfin, et ce sont les plus nombreux, disent que les deux

tumeurs dépendent l'une de l'autre, et comme les cancers secondaires de l'estomac sont très rares, ils admettent que la tumeur gastrique est primitive et considèrent la tumeur pelvienne comme une métastase de la première.

Très intéressant au point de vue anatomo-pathologique et pathogénique, ce problème a une grande importance en clinique ; en effet, la constatation d'un cancer de l'ovaire ou du péritoine pelvien ne doit-elle pas faire songer à une tumeur primitive gastrique, qui ne s'est encore révélée par aucun de ses symptômes habituels ? Et réciproquement en présence d'un cancer de l'estomac en pleine évolution, ou même latent, ne faudra-t-il pas craindre les metastases pelviennes ? Et comme actuellement le traitement de ces tumeurs est du domaine chirurgical, il est facile de voir que des indications opératoires spéciales, doivent être la conséquence de la résolution du problème dans un sens ou dans l'autre.

Cette question, très discutée en Allemagne depuis la publication de Krukenberg, a été beaucoup moins débattue en France, en Angleterre et en Italie.

Le premier cas publié est celui de Dittrich (1848) ; il s'agit d'un squirre des ovaires, constituant de volumineuses tumeurs, et « combiné » avec un cancer de l'estomac. En 1861, Rokitansky dit que le cancer de l'ovaire est le plus souvent une tumeur primitive mais qu'il peut coexister avec une néoplasie d'autres organes, l'estomac, par exemple. De même, en 1864, Virchow indique la présence simultanée d'une tumeur des ovaires et de l'estomac, sans pouvoir dire quel est l'organe qui a été le point de départ primitif de la néoplasie. A la même époque, Cruveilhier rapportait un cas analogue dans son « Anatomie pathologique ». En 1867, Brinton, dans son traité des maladies de l'estomac signale les métastases ovariques

et après avoir examiné 431 cancers de l'estomac il a reconnu que six fois l'ovaire était envahi.

Parmi les observations isolées et anciennes, où ces tumeurs ovariennes, en général, trouvailles d'autopsie, sont plutôt considérées comme des curiosités anatomiques, citons celles de Conheim (1877), de Waldeyer (1867), de Léopold (1874), d'Ozenne (1880), Polaillon (1881), Eulenburg (1886).

En 1886, paraît la thèse de Poupinel ; d'après sa statistique, sur 121 cas de kystes mucoïdes de l'ovaire il y eut six fois généralisation à l'estomac.

Mais ce furent surtout Heinrichs, Rathert, Poltauf, Bode et Bücher qui, en 1894 et en 1895, attirèrent les premiers l'attention sur la coexistence fréquente des tumeurs ovariennes et gastriques. Bode publia deux cas de cancer de l'ovaire survenu chez des femmes antérieurement opérées de cancer de l'estomac. Bücher dit alors que les cancers bilatéraux de l'ovaire sont le plus souvent secondaires, et secondaires à un cancer de l'estomac.

En 1899, Krukenberg donne de ces tumeurs ovariennes une description anatomo-pathologique remarquable ; en Allemagne, ces tumeurs sont depuis désignées sous le nom de « Tumeurs de Krukenberg ». Pour cet auteur, ces tumeurs ovariennes, presque toujours secondaires, ont une structure caractéristique et à peu près invariable ; il les groupe sous les noms de fibrosarcome muco-cellulaire, de myxosarcome, de carcinome fibreux.

Pendant ce temps, des présentations sont faites à la Société de Chirurgie, à la Société anatomique de Paris, dans la Revue de Médecine, par Bret et Paviot (1894), Lévi et Claude (1895), Griffon, Leven, Lecornu, Lannelongue (1898), Picqué (1899). Mais on ne discute jamais sérieusement, et la question de la concomitance ou de la filiation des deux tumeurs

n'est pas tranchée, en admettant qu'elle ait été toujours posée.

En 1901, Souligoux et Deschamps présentent une nouvelle observation de tumeurs épithéliales des ovaires et du Douglas, consécutives à un cancer de l'estomac qui n'a été découvert qu'à l'autopsie. Cette observation passa inaperçue. La même année, Le Dentu signale un nouveau cas à la Société de Chirurgie, l'observation est longuement discutée et Quenu pose nettement les deux questions suivantes :

1° L'une des tumeurs est-elle secondaire, ou y a-t-il seulement deux tumeurs malignes qui se sont succédé ?

2° S'il s'agit de métastase, quelle est celle des deux tumeurs qui est primitive ?

Aucune des deux questions ne fut résolue et Quenu conclut en admettant que les épithéliomes secondaires des ovaires ne sont pas fréquents : « J'en ai observé deux exemples seulement à la suite d'un cancer de l'estomac », dit-il.

C'est à cette époque que de nombreux et importants mémoires sont publiés en Allemagne. En 1901, Krauss, Polano, Lamparter, après avoir rapporté une série d'observations personnelles, après avoir fait de nombreuses expériences sur les animaux, admirent et affirmèrent les premiers l'origine métastatique du carcinome ovarien, que Krauss décrivit sous le nom de carcinome squirreux de l'ovaire. Krauss admit que la généralisation à l'ovaire du cancer primitif se faisait par voie péritonéale, et sur certaines pièces, il a pu suivre les étapes de cet envahissement.

En 1902, Schlagenhaufer fit paraître une étude complète basée sur 82 observations, dont 8 personnelles, de tumeurs pelviennes consécutives à des cancers de différents organes abdominaux. Il remarque

que ces métastases se rencontrent plutôt chez les femmes dont les ovaires sont en plein fonctionnement. Il en conclut que la plupart des tumeurs ovariennes malignes et bilatérales sont des carcinomes, et des carcinomes secondaires ; lorsqu'on n'a pas trouvé de tumeur primitive, on a mal cherché. Enfin, la tumeur secondaire reproduit toujours plus ou moins le type de la néoplasie primitive.

Citons, ensuite, les importantes publications de Romer (1902), Glockner, Omori, Papaïoannou, Wagner, Schauta, Lokyer (1904), la discussion du Congrès de Kiel (1905), avec Amann, Fromme, Hofmeier, les travaux de Stickel (1907), Engelhorn (1907), Gobiet (1909), Sitzenfrey (1909), Schenk (1909), Cohn (1910), Rosenstirn (1910), Schnitzler (1910), ces deux derniers s'étant surtout occupés des métastases dans le cul de sac de Douglas et sur la paroi antérieure du rectum. Tous ces auteurs partagent les idées de Krauss et de Schlagenhaufer.

Cependant Schmorl, Pfannenstiel et, plus récemment, Sternberg (1907), et Bircher (1908), admettent difficilement la théorie de Krauss. Les deux premiers considèrent la tumeur ovarienne comme une tumeur métastatique mais admettent que l'envahissement s'est fait par voie lymphatique rétrograde. Sternberg et Bircher repoussent l'origine métastatique du cancer ovarien.

En Angleterre, on ne trouve guère que la publication de Bland Sutton (1908) ; en Amérique, celle de Outerbridge (1911) ; en Russie, celle de Kleismann (1911) ; en Italie, celles de Manzoni (1897), et de Montanelli (1909).

En France, jusqu'en 1910, malgré les observations de Gouilloud (1907), la thèse de Leriche (1906), qui, sur 35 récidives après resection de l'estomac pour

cancer, on constate 14 dans les ovaires ou le Douglas, les observations de Pollosson (1907), de Laroyenne et Bosquette (1908), de Tixier (1909), de Perrin (1910), la thèse de Flaissier (1909), la question n'avait pas avancé. Les observations étaient trop peu nombreuses, les examens histologiques incomplets ; on avait une tendance à considérer les tumeurs bilatérales des ovaires comme indépendantes du cancer gastrique coexistant.

En 1910, Walther (juin), et Hartmann (septembre), publient deux nouvelles observations avec examen histologique et concluent tous deux en admettant la nature métastatique des tumeurs ovariennes. La question est discutée au VI[e] Congrès de Gynécologie, Obstétrique et Pœdiatrie de Toulouse, en septembre 1910, à propos du rapport de Mériel et de l'observation de Hartmann.

Depuis cette époque ont paru les travaux de Hartmann et Metzger (*Paris Médical,* avril 1911), de Lenormant (*Presse Médicale,* octobre 1910), la thèse de Metzger (juin 1911), qui apporte une nouvelle observation, mais sans examen histologique de la tumeur gastrique.

En somme, nous trouvons peu de travaux en France, concernant ces métastases pelviennes des cancers gastriques ; deux observations seulement sont vraiment démonstratives : ce sont celles de Walther et de Hartmann.

Durant notre séjour comme interne à la Clinique chirurgicale d'Alger, nous avons pu observer deux nouveaux cas : dans le premier, il s'agit d'une tumeur prérectale, siégeant dans le fond du cul de sac péritonéal, chez un homme atteint de cancer de l'estomac, — le diagnostic a été posé cliniquement, mais nous n'avons pu pratiquer ni l'autopsie, ni l'examen

histologique des tumeurs — ; dans le second cas, il s'agit d'une femme atteinte de cancer de l'estomac ; à l'autopsie seulement, nous avons découvert une tumeur des deux ovaires, et une tumeur dans le fond du cul de sac de Douglas ; l'histologie nous a montré que la structure de ces différentes tumeurs était identique ; nous avons donc bien un cancer métastatique des ovaires.

Les pièces anatomiques et l'observation ont été présentées à la Société de Gynécologie et d'Obstétrique d'Alger en mars 1912 par mon maître, M. le professeur Vincent, et par M. Ferrari, chef de clinique.

Cette observation, la troisième, complète et probante, publiée en France, a été le point de départ de notre travail.

CHAPITRE II

Observations

Nous avons recueilli la plupart des observations françaises publiées et nous les avons résumées; nous ne reproduisons complètement que celles de Walther, de Hartmann et de Metzger. Nous donnons ensuite, très brièves, quelques-unes des observations des auteurs allemands qui nous ont paru le plus se rattacher au problème que nous nous sommes posé.

OBSERVATION I

Observation personnelle, prise dans le Service de M. le Professeur Vincent

M. le Dr Ferrari a eu l'obligeance de nous fournir quelques renseignements sur les débuts de la maladie.

Le nommé S... Vincent, entre salle Trousseau le 15 septembre 1910 pour gastralgie, vomissements et amaigrissement rapide.

Antécédents personnels. — Il y a sept ans, chancre induré de la verge, plaques muqueuses consécutives ; a été traité durant quatre mois à la Clinique syphiligraphique.

Ethylique endurci.

Agé de 38 ans, exerce la profession de boulanger.

Histoire de la maladie. — En mai 1909, M. S... se présente à la consultation du docteur Ferrari et déclare ressentir une vive douleur dans la région épigastrique, pro-

voquée surtout par l'ingestion d'aliments durs, épicés ou de liquides alcooliques. La crise douloureuse dure un quart d'heure et se termine parfois par des vomissements. Assez souvent, trois ou quatre heures après le repas, nouvelle crise douloureuse qui n'est jamais suivie de régurgitations. Dans l'intervalle des crises, la pression dans le creux épigastrique détermine une vive douleur. Le malade n'a jamais remarqué d'hématemèse ou de mœlena. Un régime alimentaire et des alcalins sont prescrits. Revu un mois après, le malade se trouve bien soulagé.

Le docteur Ferrari le retrouve un an après, fin juin 1910. Il est amaigri, l'appétit est diminué ; l'ingestion des aliments réveille des crises douloureuses avec vomissements alimentaires et aqueux. Deux ou trois fois, le malade a constaté la présence de sang noirâtre dans les matières vomies et dans les selles. Ne se trouvant plus soulagé par les alcalins, le régime alimentaire prescrit, il entre à l'hôpital, salle Trousseau, le 15 septembre 1910.

Examen du 15 septembre. — Le malade, très amaigri, asthénié, a un teint jaunâtre. Les douleurs sont continues, plus fortes la nuit. Il ne mange plus, quoiqu'ayant bon appétit, car l'ingestion d'aliments exaspère beaucoup la douleur sourde et continue qu'il ressent dans la région épigastrique et lombaire. Des vomissements bilieux et alimentaires surviennent tous les deux jours.

A l'inspection, on constate que le ventre est étalé, avec de la submatité dans les flancs. Pas d'ondes péristaltiques; pas de sensation de flôt. La palpation, très douloureuse, ne permet pas de sentir la moindre tumeur dans la région épigastrique. L'estomac non ptosé ne paraît pas dilaté. Le cathétérisme fait avec beaucoup de précautions ne ramène que peu de liquide. Ganglion de Troisier très net. La pupille semble paresseuse à la lumière ; mais les reflexes sont conservés.

Malgré cela, en raison des antécédents, on institue un traitement spécifique : 0 gr. 02 centigr. de biiodure par jour.

Le 25 octobre. — Aucune amélioration. Immédiatement au-dessous des fausses-côtes, on constate, pendant les

douleurs, quelques petites ondulations péristaltiques après lesquelles on perçoit un bruit de glou-glou. A la palpation on sent une petite languette à bord tranchant qui crépite sous les doigts et semble appartenir à l'estomac. Pas de dilatation gastrique appréciable, pas de sténose.

Amaigrissement extrême, anorexie, vomissements fréquents. Le diagnostic de *cancer de l'estomac* est posé ; il très logique, après l'insuccès du traitement alcalin, et spécifique, et l'absence de tout signe de tabès.

Peu à peu le ventre devient volumineux ; il y a de l'ascite. Le malade est constipé ; souvent il va à la garde-robe et « ne peut rien faire », dit-il. Le ventre se ballonne, est douloureux, puis, au bout de quelques jours, la débâcle se produit.

Le 22 novembre, le malade présente des signes d'obstruction intestinale ; on ne peut introduire une canule à lavements et la moindre violence arrache des cris au malade. Ce dernier est évacué en chirurgie, salle Dupuytren.

Le toucher rectal immédiatement pratiqué permet de sentir une plaque dure, située dans la paroi antérieure du rectum, à un travers de doigt au-dessus de la prostate, très légèrement hypertrophiée ; cette masse est immobile, régulière, lisse, sans ulcérations ; elle ne saigne pas. Elle écrase le rectum, l'aplatissant dans le sens transversal à tel point qu'on ne peut passer le doigt explorateur ; elle est très douloureuse ; elle n'atteint pas les parois latérales et postérieure du rectum. Une dilatation douce, mais très douloureuse permet l'évacuation de l'intestin.

Quinze jours après, nouveaux signes d'obstruction ; la tumeur, plus volumineuse, gagne les parois latérales du rectum dont la muqueuse est toujours intacte. Le ventre est très ballonné ; il y a de l'ascite. Le malade demandant une intervention, on décide de faire un anus iliaque.

Le 20 décembre, laparotomie ; on rencontre un péritoine épaissi, cancérisé avec anses agglutinées, adhérentes ; il est impossible de pratiquer un anus iliaque. On suture rapidement sans explorer l'estomac ni le péritoine pelvien.

Le 24 décembre. — Décès.

L'autopsie, ni le prélèvement des tumeurs gastrique et prérectacle n'ont pu être faites.

OBSERVATION II

Observation personnelle, prise dans le Service de M. le Professeur Vincent

La nommée C... Clotilde, âgée de 34 ans, entre salle Bichat ; le 2 février 1912, pour amaigrissement, asthénie, ictère.

Antécédents héréditaires. — Père mort de bronchite, peut-être bacillose ? Mère morte d'accident.

Antécédents collatéraux. — Un frère très bien portant.

Antécédents personnels. — Aucune maladie durant l'enfance. Réglée à 11 ans, depuis régulièrement, mariée à 24 ans. De ce premier mari, mort d'un abcès au foie, elle a un enfant bien portant. Remariée à 26 ans, elle a eu encore trois enfants, deux en excellente santé ; le troisième est mort quelques instants après sa naissance. Accouchements normaux, règles très régulières après les grossesses, jamais de pertes, de douleurs abdominales.

Il y a quelques années, a eu quelques accès de fièvre paludéenne traités avec succès par la quinine.

Histoire de la maladie. — C'est au mois de juin 1911 qu'apparurent brusquement les premiers symptômes ; la malade qui avait un excellent appétit ressentait, après chaque repas, une sensation de pesanteur gastrique, avec vive douleur localisée dans le creux épigastrique. En même temps elle avait, selon son expression, « la bouche pleine d'eau ». Ces malaises, qui apparaissaient toujours un quart d'heure ou une demi-heure après le repas cessaient au bout de deux ou trois heures au maximum. Puis la malade se trouvait très bien, jusqu'au prochain repas.

Progressivement, la douleur a augmenté d'intensité ; localisée au début, au creux épigastrique, elle a apparu ensuite en même temps dans le dos, avec irradiations entre les deux omoplates. La malade éprouvait la sensation « d'un couteau la traversant de part en part ». Les pa-

roxysmes douloureux deviennent plus fréquents, se prolongent parfois quatre heures après le repas, et surviennent immédiatement après l'ingestion des aliments. Aussi, malgré un appétit conservé, elle mange peu, abrège les repas, les supprime quelquefois, pour éviter les crises douloureuses. A partir de cette époque, elle a été constipée et a dû user de lavements assez fréquents et de purgatifs.

Elle a maigri assez rapidement.

Au mois d'août 1911, très anémiée par une alimentation de plus en plus restreinte, elle a dû cesser tout travail. Un docteur prescrit des alcalins, des toniques, sans apporter le moindre soulagement. Les règles, jusque-là normales, apparaissent tous les huit jours, mais ne se manifestent que par une tache rosée sur le linge.

Les douleurs gastriques deviennent de plus en plus intolérables ; elles sont accompagnées d'expulsion de gaz par l'anus, d'éructations sonores, qui semblent procurer un peu de bien-être; pas de mœlena, pas d'hématémèses, pas de vomissements, mais toujours sécrétion exagérée de salive.

Au début du mois de septembre, la malade constate dans son hypochondre gauche la présence d'une volumineuse tumeur, non douloureuse à la pression, et qui semblait augmenter de volume après ses maigres repas. La malade souffre beaucoup ; elle sent, après les repas, une boule qui lui comprime l'estomac ; elle a des étouffements très pénibles, suivis de nausées avec salivation abondante, mais sans vomissements. L'absorption même de liquides provoque des crises douloureuses.

Fin décembre 1911, un léger ictère apparaît, limité aux conjonctives tout d'abord, il gagne la peau dont la teinte jaunâtre augmente graduellement d'intensité. La malade affirme n'avoir jamais eu de coliques hépatiques ni d'ictère. Amaigrissement extrême : perte de 15 kgs. Règles totalement supprimées.

Le 26 janvier 1912 elle constate que ses selles sont blanches, mastic, et ses urines brun foncé. Elle se décide à venir à l'hôpital le 2 février.

Examen du 2 février 1912. — A son arrivée, la malade, très faible, peut à peine marcher ; elle ne s'alimente pres-

que plus ; elle a horreur de la viande. Elle essaie d'absorber des légumes, des purées, des œufs, des liquides ; mais l'ingestion de ces aliments provoque des douleurs intolérables suivies de vomissements. Les matières vomies sont constituées en majeure partie par les aliments absorbés et par un liquide mousseux, sale, sentant mauvais. Pas de sang. Les douleurs dans l'épigastre, dans le dos sont continues.

Gaz expulsés en très grande quantité, éructations très bruyantes, gargouillements épigastriques. Pouls petit, dépressible, lent. Hypothermie : la température rectale oscille entre 36°3 et 36°6. Ictère très marqué sur les conjonctives, les téguments ; muqueuses décolorées, teint blafard, cireux, cadavérique. Urines brun acajou ; constipation, selles décolorées, mastic, sans trop de graisse.

A l'inspection, on constate que la paroi abdominale est un peu rétractée, puis on voit une tuméfaction à gauche, au-dessous du rebord costal. Pas d'ondulations péristaltiques, pas de météorisme.

A la palpation on sent une tumeur dure, bosselée, dans le flanc gauche, s'étendant jusque dans la région dorsale. Le rebord inférieur de la tumeur est tranchant, très dur. A droite, le foie volumineux déborde les côtes. Les deux hypochondres sont très douloureux à la palpation et surtout à la percussion. La tumeur elle-même, très irrégulière, est indolore. Révélée aussi par une matité absolue, au-dessus de laquelle on a une zone déprimée sous xyphoïdienne, très sonore, la tumeur avance vers la ligne médiane, puis semble se perdre dans la région lombaire. La percussion sous le rebord costal gauche donne un son mat. La palpation du creux épigastrique sonore, et susjacent à la tumeur, est douloureuse et provoque de bruyants gargouillements suivis d'éructations.

La tumeur semble continue avec le foie, et en raison de la consistance dure de son rebord inférieur, le diagnostic posé après cet examen sommaire est celui de cancer du foie, probablement secondaire.

5 *février*. — L'ictère a augmenté ; teint jaune olivâtre; état général mauvais, grande faiblesse ; vives douleurs

dans les deux hypochondres, dans le dos ; soif intense, vomissements suivant immédiatement l'absorption des liquides.

6 *février. — Examen du sang :*.
Globules rouges : 1.500.000.
Globules blanc : 12.500.
Polynucléaires : 78.
Mononucléaires : 8.
Lymphocytes : 14.
Examen des urines :
Couleur : acajou.
Réaction : acide.
Densité : 1018.
Albumine : présence.
Bile : grande quantité.
Urobiline : présence.
Indican : présence.
Sucre : 0.
Urée : 8 gr. 96 par litre.
Phosphates : 1 gr. 08 par litre.
Chlorures : 4 gr. 73 par litre.
Urines peu abondantes : 800 cmc par jour en moyenne.

Selles décolorées, contenant des graisses, pas de sang.

Vomissements acides, mais faiblement, contenant des aliments non digérés, très fétides, ne renfermant pas de sang ni de bile. Présence d'acide lactique décélé par la réaction de Uffelmann.

Suc gastrique, n'a pas été analysé.

9 *février.* — Un nouvel examen clinique est pratiqué et au moyen du phonendoscope on obtient les données suivantes :

Le foie, volumineux, descend à deux travers de doigt au-dessous du rebord costal ; son bord inférieur est irrégulier, bosselé ; la tumeur semble indépendante du foie et appartenir à l'estomac. Le bord inférieur de la tumeur correspondrait à la grande courbure de l'estomac ou au meso-colon transverse. La matité sentie au-dessous du rebord costal gauche et dans la région lombaire correspond à la rate hypertrophiée. La zone sonore épigastrique, un

peu déprimée, zone où on perçoit des gargouillements correspond à l'estomac légèrement distendu par des gaz et des liquides, ces derniers décelés par un clapotis sus-ombilical. Le ganglion de Troisier à gauche surtout, les ganglions inguinaux des deux côtés sont volumineux et nettement perçus. On pose le diagnostic de cancer primitif de l'estomac avec métastase dans le foie et compression par des noyaux secondaires des voies biliaires, dans la région du hile. Cela explique à la fois le passé gastrique de la malade et son ictère actuel.

12 *février.* — Examen radioscopique de l'estomac après insufflation. Pas de ptose gastrique, ni de dilatation ; on voit une zone claire correspondant à la zone sonore où on percevait des gargouillements, et immédiatement au-dessous, une zone sombre correspondant à la tumeur. Il n'est pas possible de délimiter les contours de l'estomac.

13 *février.* — On fait absorber un lait de bismuth ; il passe normalement dans l'intestin ; donc, pas de sténose pylorique.

20 *février.* — La malade ayant demandé avec insistance une intervention, on fait une laparotomie exploratrice. On constate la présence d'une volumineuse tumeur appartenant à l'estomac, dont le rebord, dur, cartilagineux, senti à la palpation correspond à l'épiploon rétracté et adhérent au mésocolon transverse et à la grande courbure. Intestin lavé ; un peu d'ascite. Sutures rapides.

La malade décline de plus en plus et malgré tous les toniques administrés, elle meurt le 26 février.

Autopsie le 27 février, 18 heures après le décès.

Poumon, sain.

Cœur, sain ; liquide peu abondant dans le péricarde.

Le *foie*, l'*estomac*, la *rate*, le *grand épiploon*, le *pancréas* et la portion moyenne du *colon transverse* étaient soudés ensemble par un abondant tissu néoformé (périgastrite, périhépatite, périsplénite). On voyait de nombreuses taches de bougie sur le lobe gauche du foie, sur la rate. Les *ganglions abdominaux* voisins du hile, hypertrophiés, comprimaient fortement les vaisseaux biliaires.

Estomac non dilaté ; orifices très perméables ; noyau

juxtapylorique développé sur la grande courbure surtout, formant une virole, dure, blanchâtre, semble être le point de départ de la tumeur. La grande courbure n'est plus visible, perdue dans la masse, sur le rebord inférieur de laquelle se trouve accolé le colon transverse ; sur la petite courbure, nombreux ganglions hypertrophiés.

Intestin parsemé de rares et petites granulations cancéreuses ; cœcum dilaté.

Péritoine et mésentère présentent aussi des granulations peu abondantes ; le grand épiploon rétracté forme le bord dur de la tumeur. Ascite.

Reins gros, avec lésions de néphrite interstitielle.

Organes génitaux ; cul de sac de Douglas. — Ils présentent de très intéressantes lésions, trouvailles d'autopsie, qu'un examen clinique complet aurait dû faire prévoir. En effet, le toucher rectal et vaginal n'avaient jamais été pratiqués. Les ligaments larges, le cul de sac de Douglas étaient parsemés de nombreuses granulations de la grosseur d'une tête d'épingle à celle d'un grain de raisin, analogues à celles de l'intestin et du péritoine abdominal. Au fond du cul de sac se trouvait une masse dure, irrégulière, des dimensions d'une mandarine. Cette masse semblait indépendante de l'utérus qui était en avant d'elle et paraissait sain, des ovaires sur les côtés et du rectum en arrière. Cette tumeur, dure, bosselée, présentait à la coupe le même aspect que les granulations péritonéales l'avoisinant, ou bien plus haut situés sur l'intestin ou le mésentère. C'était bien aussi une tumeur secondaire comme les petites granulations, mais s'étant greffée plus tôt ou trouvant des conditions de développement plus favorable, elle avait acquis un plus grand volume. Cette tumeur, sans adhérer au rectum, le comprimait.

Remarquons que, tandis que sur l'intestin et le péritoine abdominal les granulations cancéreuses étaient rares et de petit volume, sur le péritoine pelvien et surtout dans la partie la plus déclive du cul de sac de Douglas, autour de la grosse tumeur ci-dessus décrite, ces granulations étaient très nombreuses, confluentes par places, et surtout bien

plus volumineuses ; les parois latérales du cul de sac étaient bien moins cancérisées que son fond concave.

L'utérus ne présentait pas de noyaux cancéreux au moins macroscopiquement, appréciables ; il était seulement un peu hypertrophié et pesait 97 grammes.

Les deux *ovaires* sont cancéreux ; le droit pèse 42 grammes, le gauche 35 grammes. Ils sont durs et présentent à leur surface extérieure une série de bosselures séparées par des sillons plus ou moins profonds. On peut les comparer à de grosses mûres. Sur une section, on voit que ces bosselures tiennent à la présence de nodosités cancéreuses de volume variable, occupant surtout une situation périphérique. Au-dessus de certaines d'entre elles on distingue l'albuginée séparée de la nodosité par une certaine épaisseur de substance corticale. La plupart sont tout à fait périphériques.

Examen histologique (fait au laboratoire d'anatomie pathologique par M. Pélissier, préparateur, interne des hôpitaux, qui nous a remis la note suivante :)

« Ces pièces ont été confiées au laboratoire, avec mission : 1° d'étudier le cancer dans l'estomac et dans ses métastases ; 2° de rechercher les faits histologiques qui permettraient de connaître, pour l'ovaire en particulier, la voie de propagation du cancer gastrique primitif.

I. — Estomac. — Le fragment examiné a été prélevé à la limite du placard ulcéro-calleux et de la muqueuse saine, pour permettre l'étude simultanée de ces deux zones. Les diverses couches, constitutives de la paroi stomacale sont le siège d'une infiltration épithéliale dans toute l'étendue de la coupe. Seule, la muqueuse présente juxtaposées des lésions de gastrite et des lésions de carcinome.

a) *Muqueuse et chorion.* — L'épithélium du revêtement endogastrique a disparu et la couche la plus superficielle est altérée par l'auto-digestion post mortem. En parcourant la coupe des parties les plus saines vers le carcinome, on rencontre des modifications successives que l'on peut artificiellement découper en trois zones :

α) *Gastrite interstitielle.* — La structure générale de la

muqueuse est assez exactement conservée. Les tubes glandulaires sont verticaux et parallèles ; leur revêtement est régulier. Mais le chorion paraît en voie d'hyperplasie ; quelques cellules rondes.

β) *Gastrite et hypergénèse glandulaire.* — Le chorion est plus proliféré. Les glandes se sont ramifiées dans leur partie profonde. Les cellules glandulaires ont conservé leur type histologique primitif. Il n'y a pas de rupture de la basale. L'hypergénèse glandulaire a donc ici la signification d'un adénome.

γ) *Carcinome.* — Les éléments glandulaires sont démolis. Des groupes cellulaires formés de petites cellules rondes ou polyédriques à gros noyau, central ou excentrique, fortement chromatinées sont diffusément répandues dans un stroma lâche assez pauvre en fibroblastes, où l'infiltration lymphoïde est par endroits prédominante. Quelques pycnoses ; des karyokinèses. De rares travées conjonctives verticales rappellent l'ordination primitive de la muqueuse gastrique.

b) *Muscularis mucosa.* — Elle est infiltrée de cellules lymphoïdes et d'éléments épithéliaux.

c) *Sous-muqueuse.* — Ici, la sclérose est prédominante. Dans toute l'étendue de la coupe, on voit d'étroites traînées cellulaires, du type épithélial décrit ci-dessus, parcourant ce stroma fibreux dense, discrètement piqueté de cellules rondes. On rencontre des fentes lymphatiques bourrées de ces éléments.

d) *Couches musculaires.* — On peut suivre les éléments néoplasiques essaimant à travers les couches musculaires, poussant d'étroits boyaux dans les espaces interfasciculaires, pénétrant même les faisceaux, ceci exceptionnellement.

e) *Péritoine viscéral et couche sous-sereuse.* — Ce revêtement a disparu en majeure partie. En un point, on rencontre une « tache » carcinomateuse caractéristique. Dans une trame conjonctive épaisse, richement fibroblastique sont insinuées des cellules épithéliales métastatiques. Elles viennent affleurer la surface libre. *Parfois, on les trouve à quelques* μ *à peine de cette surface.*

En somme, nous avons affaire ici, à un carcinome atypique, à petites cellules, né dans la muqueuse aux dépens des éléments glandulaires et dont l'infiltration peut être suivie à travers les diverses couches constituantes de la paroi gastrique jusqu'à la surface péritonéale libre.

II. Métastases. — 1° *Ganglion de la petite courbure.* — Il montre un envahissement typique par les sinus périphériques. En deux points sont deux grosses masses néoplasiques proliférées sous la capsule. Le type du carcinome s'y formule très nettement : petites cellules polyédriques ou arrondies, encloses dans des alvéoles de toutes dimensions et de toutes formes limitées par des cloisons conjonctives, ici très déliées, là très denses. De ces foyers, les cellules épithéliales envahissent le tissu ganglionnaire qui disparaît au voisinage de la néoplasie.

Dans les rares territoires où le cancer n'est pas apparent la structure lymphoïde est reconnaissable ; ces territoires sont extrêmement vasculaires et tachetés d'hémorragies microscopiques.

2° *Fragment d'épiploon.* — Ici, le squirrhe est des plus nets : parenchyme peu abondant enserré dans une gangue conjonctive qui le morcelle extrêmement. Dans se stroma on rencontre de l'œdème tissulaire et de grandes plages de tissu adipeux.

3° *Foie.* — Les nodules métastatiques sont situés sous la capsule de Glisson. Ces « taches » répondent exactement à la description que nous avons faite de celle rencontrée sous le péritoine viscéral de l'estomac. Les lésions diffuses non carcinomateuses de la glande sont très avancées.

4° *Ovaire.* — Les noyaux métastatiques de volume variable (d'une lentille à un grain de raisin), bourrent littéralement le stroma ovarin et bossellent sa surface. Sur les coupes on voit parfois le stroma ovarien refoulé à la périphérie de ces nodules ; mais la plupart sont immédiatement superficiels. Le cancer offre le type du squirrhe. Il a les plus grandes analogies avec celui que nous avons décrit dans les localisations précédemment examinées. Il y a identité parfaite du type cellulaire épithélial rencontré

dans l'estomac, le ganglion, l'épiploon et l'ovaire. Le stroma dissocié par places par de l'œdème interstitiel, emprunte par endroits au stroma ovarien d'où il dérive une disposition plexiforme des plus frappantes.

Pour conclure, on peut synthétiser ainsi les faits précédents :

1° Le néoplasme a débuté dans les glandes de la muqueuse gastrique ;

2° Par le réseau lymphatique de la paroi stomacale et les troncs collecteurs aboutissant à la petite courbure il a ensemencé les ganglions correspondants ;

3° Nous n'avons recueilli aucun fait nous permettant d'indiquer la voie suivie par le cancer dans la métastase hépatique ;

4° Pour la métastase ovarienne la dissémination par voie séreuse peut être présumée des faits histologiques que voici :

a) Des traînées cancéreuses ont été rencontrées à peu de distance de la surface libre du péritoine viscéral de l'estomac ; il existait même une prolifération métastatique en un point de la séreuse. La mise en liberté de cellules épithéliales dans la grande cavité péritonéale a été éminemment favorisée par cette disposition.

b) La plupart des noyaux de l'ovaire sont superficiels, et semble-t-il, greffés sur la surface extérieure de l'organe.

Ce ne sont pas là des preuves certaines, mais des éléments de probabilité.

OBSERVATION III

(Poupinel, Société anatomique, 1867)

Volumineux kyste de l'ovaire contenant une grande quantité de kystes plus petits remplis d'une matière colloïde et de liquide gélatineux. L'ovaire de l'autre côté avait subi un commencement de dégénérescence. L'estomac, au voisinage du pylore était le siège d'une dégénérescence colloïde dans l'étendue de plusieurs centimètres.

OBSERVATION IV

(Trekaki, Société anatomique, 1890)

42 ans. IV pare. — Début de la maladie deux ans avant la mort, amaigrissement rapide, vomissements, douleurs dans la région épigastrique ; tumeur au-dessus de l'ombilic.

Autopsie. — Pas d'ascite ; tumeur formée par de l'épiploon ; infiltration de la moitié droite de l'estomac sans sténose du pylore. Les ovaires ont le volume d'une châtaigne, blanchâtres à la coupe, de même consistance que l'estomac. Nombreux noyaux cancéreux sur tout le péritoine, y compris le péritoine pelvien.

Histologie (M. Brault). — Epithélioma cylindrique avec envahissement du péritoine des ovaires et un noyau analogue dans l'utérus.

OBSERVATION V

(Lévi et Claude, Société anatomique, mai 1895)

51 ans. Opérée il y a un an de cancer colloïde du pylore. Bon état, puis douleurs, ascite ; mort par cachexie.

Autopsie. — Péritoine épaissi couvert de granulations cancéreuses.

Epiploon infiltré, rétracté ; estomac englobé de masses cancéreuses.

Ovaires cancéreux ; pas d'autres lésions.

Histologie. — Néoplasie colloïde de l'estomac : cellules à noyau peu coloré à cause de la substance colloïde amorphe qui les remplit. Tout l'ovaire est transformé en réseaux conjonctifs entourant de grandes cellules de cancer colloïde.

OBSERVATION VI

(Ozenne, Société anatomique, 23 avril 1880)

51 ans. Six grossesses normales. Grosse tumeur de l'ovaire gauche, petite tumeur ovaire droit ; tumeur grosse comme un œuf, adhérente et ulcérée au niveau du pylore. Noyau dans le Douglas, pas d'autres lésions.

OBSERVATION VII

(Bret et Paviot, *Rev. de Médecine de Paris*, 1894)

43 ans. Bien réglée, sauf depuis un an avant le décès. Linite plastique dans l'estomac double tumeur ovarienne dont la structure est analogue à celle des tumeurs de Krukenberg, décrites en 1898.

OBSERVATION VIII

(Souligoux et Deschamps, Société anatomique de Paris, 1901)

Tumeurs épithéliales des ovaires consécutives à un cancer de l'estomac.

Malade de 36 ans ayant une affection abdominale datant de 6 mois, environ. Cette affection fut caractérisée par l'apparition rapide d'une ascite avec cachexie précoce

Opération le 6 avril 1901 par MM. Souligoux et Deschamps. — Grande quantité de liquide ascitique, couleur petit lait. Péritoine pariétal épaissi, induré, injecté ; il est, en outre, de même que le viscéral, recouvert d'un exudat blanchâtre avec des granulations aplaties de la même couleur. On enlève alors une tumeur développée dans l'ovaire droit de la grosseur des deux poings, dure, pédiculée. Puis on enlève l'ovaire gauche qui a le volume d'un abricot et qui est également dur et bosselé. Le tissu cellulaire du bassin semble induré, épaissi. Suites normales, puis décès brusque le cinquième jour, par suite d'embolie.

Autopsie. — Masse néoplasique au niveau de la grande courbure de l'estomac; généralisation cancéreuse dans tout le péritoine.

Examen histologique. — Tumeurs ovariennes : épithélioma cylindrique. Il faut donc admettre que la tumeur primitive fut la tumeur stomacale qui passa inaperçue pendant la vie et se généralisa ensuite au péritoine.

OBSERVATION IX

(Laroyenne et Bosquette, *Lyon Médical*, 1908, p. 714)

Coexistence, chez une femme de 36 ans, d'un néoplasme

des ovaires et d'un néoplasme de l'estomac. Examen histologique.

Femme de 36 ans, 3 enfants ; rien de particulier dans les antécédents.

Réglée à 18 ans, depuis, régulièrement. Pertes blanches pendant la dernière grossesse.

Depuis trois mois, fatigue, affaiblissement, douleurs dans les régions hypogastrique et lombaire. Augmentation du volume du ventre ; pertes tantôt sanguines, tantôt blanchâtres avec, de temps en temps, quelques caillots.

La malade entre à la Charité le 5 mars 1908 avec un facies grippé, un amaigrissement considérable, un pouls à 124, une température de 38 ; ventre ballonné, col fermé, utérus dur, rien de particulier dans le cul de sac.

14 *mars.* — Ventre ballonné à l'extrême ; pas de température, vomissements ; un peu d'empâtement dans le cul-de-sac. On pense à une pelvipéritonite.

18 *mars.* — Laparotomie exploratrice ; ascite, deux tumeurs néoplasiques de chaque côté de l'utérus, grosses comme le poing, complètement fixées et adhérentes. On referme.

20 mars. — La malade meurt très dyspnéique.

Autopsie 36 heures après la mort. — Les deux ovaires néoplasiques, gros comme le poing, sont bosselés par des petits masses arrondies, adhérents à la paroi pelvienne ; utérus indemne. Néoplasme du pylore, en apparence primitif ; induration annulaire large de 3 centimètres ; parois très dures, épaisses de 5 à 8 millimètres. Pas d'ulcération de la muqueuse.

Induration très marquée du pancréas qui semble noyé dans une masse d'adhérences néoplasiques. Nombreux ganglions dans l'épiploon. Néoplasme secondaire du foie, taches de bougie.

Examen histologique (Docteur Bériel). — *Ovaires.* — Tissu complètement transformé. Dans une substance fibrillaire, pauvre, contenant quelques fibres musculaires, se voient d'énormes alvéoles carcinomateux, bourrés d'éléments épithéliaux. Ceux-ci, tous au contact, sont des cel-

lules volumineuses à protoplasme globuleux et transparent. C'est un épithélioma ovarien à cellules claires.

Ganglion mésentérique, Foie, Pancréas envahis par des amas de mêmes cellules cancéreuses toujours claires, volumineuses et globuleuses.

Pylore. — Ici existent des néoformations alvéolaires typiques pénétrant dans toutes les tuniques jusqu'au péritoine. C'est un épithélioma typique de la muqueuse gastrique. Il a comme caractère se rapprochant de la tumeur ovarienne, la tendance des cellules à devenir volumineuses et à se charger de substance colloïde qui remplit aussi la lumière des centres glandulaires néoformés. Cependant, ce cancer est de type assez nettement tranché pour qu'on soit assuré qu'il est différent du néoplasme ovarien et de ses généralisations ci-dessus rappelées.

MM. Laroyenne et Bosquette éliminent l'hypothèse de greffe péritonéale dedébris du néoplasme gastrique au niveau de l'ovaire : 1° parce que la tumeur pylorique est limitée, nettement interstitielle, sans propagation au péritoine ; 2° à cause du type nettement ovarien de la tumeur pelvienne et de ses généralisations. Ils ajoutent : « Nous ne saurions dire si nous sommes en face d'une coexistence fortuite de deux néoplasmes indépendants l'un de l'autre ou si l'un d'eux joue un rôle dans le développement de l'autre. »

OBSERVATION X

(M. Gouilloud, *Lyon Médical,* 1907, tome 108)

Rétrécissements multiples tuberculeux de l'intestin. Double anastomose. Cancer du pylore. Pylorectomie. Cancer de l'ovaire. Ovariotomie. Survie de 18 *mois après pylorectomie.*

M. Ch..., 35 ans, entre à l'hôpital le 14 avril 1902. Rien à noter dans les antécédents héréditaires. A 14 ans, maladie grave avec vomissements, météorisme, alternative de diarrhée et de constipation. Depuis, continuait à souffrir. A l'examen le diagnostic de rétrécissements multiples de l'intestin avec dilatation intermédiaire fut posé.

Le 26 avril 1902, laparotomie suivie de deux entéro-

amastomoses. Revue un an après, la malade était améliorée d'une façon considérable. Elle revint deux ans après avec des symptômes gastriques : anorexie éructation et régurgitations, digestions lentes, vomissements bilieux assez fréquents, sensation de pesanteur épigastrique. Amaigrissement marqué : perte de 10 kgs. Au niveau de l'épigastre, on sentait une induration de la grosseur d'une amande, profonde et indolore, non mobile avec le foie. L'insufflation de l'estomac permit de conclure, d'une façon ferme, en faveur de la sténose pylorique.

Intervention le 12 juillet 1904. Cancer du pylore, assez limité, qui fut justiciable de la pylorectomie.

Examen anatomo-pathologique. — Macroscopiquement, la pièce enlevée était formée par le pylore, une portion de l'estomac large de quatre doigts et une partie du duodénum ; au tout était rattachée une portion de l'épiploon gastro-colique comprenant quelques ganglions envahis. La surface extérieure ne présentait rien de particulier. Le pylore était occupé par une masse indurée circonscrivant tout le pourtour de l'orifice et donnant l'impression d'un squirrhe annulaire. Tout près de l'orifice du pylore existait une ulcération de la largeur d'une pièce de 1 franc, peu profonde, à bords non taillés à pic et se continuant insensiblement avec la muqueuse ; le fond est un peu rouge sans dépôt d'aucune sorte. Cette ulcération arrive au contact de la tumeur.

Le pylore semble constitué par un épaississement très marqué de la paroi ; le tissu qui le constitue est ligneux, sa surface de section a la coloration blanc jaunâtre habituelle aux tumeurs squirreuses du pylore.

Au duodénum, rien de particulier.

L'examen histologique fait par M. Mérieux permit de porter sûrement le diagnostic d' « épithélioma métatypique » largement et profondément infiltré avec métastase ganglionnaire évidente.

Suites opératoires simples ; la malade sort en bon état.

Un an après, le 3 avril 1905, la malade rentrait pour une tumeur abdominale. Son histoire, à part quelques malaises généraux, était absolument négative. Mais au tou-

cher vaginal on reconnaissait l'existence, au niveau de la région sus-pelvienne, d'une petite masse du volume d'une orange, de consistance molle, bosselée, mobile, indépendante de l'utérus, un peu douloureuse, perceptible par le cul-de-sac droit et postérieur. Le diagnostic de tumeur de l'ovaire droit se vérifia sur la table d'opération. Laparotomie médiane sous-ombilicale ; on vit une grosse masse fibrokystique, développée aux dépens des annexes droites, adhérente de toutes parts, c'est-à-dire à la paroi pelvienne, à l'utérus, à la vessie et au Douglas. On enleva aussi les annexes gauches, volumineuses et d'apparence sclérokystique.

Examen anatomo-pathologique. — Kyste de l'ovaire, d'aspect malin, sans coque extérieure, sans pédicule, non qu'il y ait eu de la périmétrite antérieure, mais par suite de la tendance du néoplasma à adhérer. La tumeur a la grosseur d'une tête de fœtus. Du côté gauche, petit point suspect de dégénérescence ovarienne.

La constitution de la tumeur paraît pouvoir appartenir aussi bien à un néoplasme primitif de l'intestin généralisé à l'ovaire qu'à un néoplasme primitif de l'ovaire.

Suites opératoires simples ; malade sort en bon état.

Cachexie, ascite, décès en décembre 1905.

OBSERVATION XI

(M. Gouilloud, *Lyon Médical*, 1907, tome 108)

Cancer du pylore. Induration néoplastique de l'ombilic. Cancer des deux ovaires. Pas d'intervention.

M. A..., ménagère, 45 ans, entre à l'hôpital le 14 avril 1906 pour des troubles gastriques. Rien de particulier dans les antécédents héréditaires.

Réglée à 17 ans, depuis, régulièrement ; 6 enfants. Depuis longtemps déjà, elle présente des troubles gastriques. Cinq ou six heures après l'ingestion des aliments, elle a des douleurs vives, calmées par les vomissements ; en même temps, renvois acides, soif continuelle. Par contre, ni hématémèses, ni méléna, pas de diminution de l'appétit.

A l'entrée, état général mauvais.

Sur l'abdomen on trouvait des granulations petites, qui avaient l'aspect de granulations néoplasiques.

La région épigastrique présentait une voussure légère, donnant une sensation de résistance, comme si l'estomac était contracté à ce niveau. Du côté de la région pylorique, mais très haut situé, presque sous les fausses côtes, on sentait une petite masse, aplatie, légèrement mobile, peu douloureuse. Une troisième petite masse dure, lobulée, non adhérente, siégeait au niveau du sein gauche. Enfin, on sentait, remontant jusqu'à l'ombilic, une masse kystique fluctuante. Au niveau de la cicatrice ombilicale existe un noyau de consistance indurée ligneuse.

Au toucher, l'utérus est petit ; de chaque côté on trouve des ovaires hypertrophiés.

On fait le diagnostic de cancer de l'estomac généralisé et de kystes des deux ovaires. Mort le 1er juin 1906.

Autopsie démontre l'existence de cancer squirrheux du pylore et de dégénérescence kystique des deux ovaires. Le pylore était fortement adhérent aux organes voisins. Une fois libéré, on pouvait constater qu'en plusieurs points le néoplasme avait envahi la séreuse et même l'avait détruite, laissant apparaître une plaque néoplasique finement grenue. L'estomac ouvert, la région pylorique est occupée par une ulcération circulaire, lisse et peu végétante, limitée du côté de l'estomac par un bourrelet saillant, s'arrêtant à la limite du pylore du côté du duodénum. A la coupe on a l'aspect habituel. La couche musculaire est fortement dégénérée et épaissie. Nombreux petits ganglions mésentériques.

Les deux ovaires étaient dégénérés : le gauche atteignait le volume d'une tête d'enfant, le droit celui d'une tête de fœtus. La surface extérieure est lisse, non adhérente. Toutefois, à la coupe, l'aspect est bien celui d'une tumeur maligne, la séreuse intacte, du moins en apparence: on voit, à la coupe, des tumeurs solides formées d'un tissu jaunâtre, granuleux, rappelant la dégénérescence graisseuse et de grandes poches kystiques.

Noyaux de dégénérescence dans le foie.

Examen histologique. — Cancer atypique siégeant au

niveau de la couche musculaire du pylore, avec noyau métastatiques de même nature au niveau du foie et des des ganglions du mésentère.

Cancer typique des ovaires sans relation apparente avec le cancer du pylore.

OBSERVATION XII

(Max Tixier, *Lyon Médical* 1909, p. 502)

Gastrectonie datant de deux ans et demi. Apparition chez la malade d'un cancer bilatéral des ovaires et d'un cancer du sein. Castration totale et amputation du sein. — Guérison.

Malade de 33 ans, entre à Saint-Paul en mars 1906 pour hématemèses formidables ; on fit une gostroentérostomie d'urgence et on reconnut un ulcero-cancer du pylore, volumineux mais mobile. Le 27 avril, dans une seconde laparotomie, ablation de la tumeur. Bon état jusqu'en novembre 1908, époque où apparaissent des troubles digestifs. A l'examen on trouve dans le petit bassin deux masses de consistance dure, mobiles, grosses comme le poing ; sans nul doute, il s'agit de tumeurs ovariennes bilatérales. Petit noyau cancéreux dans le sein droit.

En décembre 1908, *opération*, castration abdominale totale : cancer bilatéral de l'ovaire sans aucun envahissement, ni des trompes, ni de l'utérus.

Amputation du sein.

Examen histologique (M. Paviot). L'examen comparatif montre que l'on a affaire à deux sortes de tumeurs différentes.

Estomac. — Ulcération de la muqueuse avec infiltration diffuse de la sous-muqueuse et de la musculeuse par des éléments atypiques à forme rappelant la limite plastique. En certains endroits, les cellules constituent des amas, au milieu desquels on trouve de véritables tubes tapissés d'une assise de cellules cubiques. Donc néoplasme certainement d'origine gastrique.

Ovaire. — Les tumeurs ovariennes sont constituées uniquement par de grosses cellules, rondes, claires, d'aspect

hyalin, ne prenant pas de coloration et dont le noyau est rejeté dans un coin de la cellule bien différente des cellules de la tumeur gastrique. Type de l'épithélioma primitif de l'ovaire à celles claires.

Sein. — Cellules claires, hyalien de grandes dimensions. Elle doit être considérée comme une métastase de la tumeur ovarienne. En somme, cancer de l'estomac à forme de limite plastique, cancer de l'ovaire à cellules claires, métastase de la tumeur de l'ovaire dans le sein.

OBSERVATION XIII

(M. Perrin, Société des Sciences Médicales de Lyon, 30 nov. 1910, *Lyon Médical* 1911, tome 116, page 755.)

C'est une femme de 47 ans ; depuis six ans, cette femme souffrait de l'estomac ; il s'agissait d'abord de douleurs survenant deux heures environ après le repas, et calmées au début par l'ingestion d'aliments ou d'un peu de bicarbonate de soude. Bientôt apparurent des vomissements alimentaires. Et depuis, 6 ans cette malade souffrait avec des alternatives d'amélioration et d'aggravation, lorsqu'il y a 8 jours, elle eut une hématémèse assez abondante et quelques selles noirâtres. Ces phénomènes qui ne se sont produits qu'une fois, ne sont pas les seuls qui aient décidé l'entrée de la malade à l'Hôtel-Dieu. En effet, indépendamment de son syndrome gastrique, cette femme se plaignait depuis le mois d'avril dernier de douleurs au niveau de la fosse iliaque gauche et il y a une dizaine de jours, son médecin constatait la présence d'une tumeur abdominale. En effet, l'examen à l'entrée nous a révélé la présence d'une ascite manifeste, au milieu de laquelle une tumeur assez volumineuse, dure et mobile, donnait à la palpation une sensation de choc en retour des plus nettes. Le toucher vaginal permettait d'apprécier que les mouvements imprimés à cette masse ne se communiquaient pas au col. D'autre part, on sentait en arrière de l'utérus une masse beaucoup plus petite, très mobile. Etant donné le passé gastrique de la malade et bien que l'exploration de la région pylorique fut négative, le diagnostic porté fut

celui de tumeur double des ovaires consécutive à un néoplasme de l'estomac. Ce diagnostic fut vérifié par l'intervention qui permit d'enlever avec hystérectomie subtotale les deux tumeurs ovariennes, solides, œdémateuses. La quantité d'ascite était assez considérable. Le pelvis débarrassé, M. Villard put, en introduisant la main du côté du pylore, constater à ce niveau la présence d'un néoplasme contre lequel il décida d'agir ultérieurement, car des phénomènes asphyxiques survenus au cours de l'intervention avaient rendu celle-ci quelque peu laborieuse et ne permettaient pas de la prolonger. Les suites opératoires immédiates furent d'ailleurs fort simples.

OBSERVATION XIV

(M. Walther, Bulletin Association Française pour l'étude du cancer, séance du 20 juin 1910.)

Néoplasme du pylore à type de linite plastique. Tumeurs des deux ovaires et de l'utérus de même nature.

Femme de 31 ans, maigre, mais vigoureuse, d'une assez bonne santé ordinaire, à part quelques troubles digestifs anciens liés à une appendicite chronique avec ptose du colon et du rein droit.

La malade, vue pour la première fois au mois de mai 1906, était alors enceinte de 4 mois, et avait un kyste de l'ovaire gauche du volume d'une petite orange, bien mobile, non douloureux. M. Walther lui conseilla de n'intervenir que dans le cas où le kyste grossirait très notablement sous l'influence de la grossesse ou bien deviendrait douloureux. La grossesse évolua régulièrement sans aucun incident et aboutit à un accouchement normal au mois d'octobre. Le kyste n'augmentant que très peu de volume et ne provoquant aucune douleur, la malade ne s'en préoccupa aucunement jusqu'à la fin du mois de décembre 1908 ; il était alors de la grosseur du poing d'un adulte. Un matin, sous l'influence d'un effort, il se rompit brusquement. La rupture provoqua une syncope, mais il n'y eut aucune réaction péritonéale, le ventre était souple non douloureux.

A ce moment, le docteur Gasne, qui suivait la malade, signala des troubles gastriques nouveaux, qui depuis quel-

que temps allaient en s'accentuant : stase très nette, vomissements, dilatation considérable de l'estomac, et l'exploration nous montra une rétention presque complète, une anachlorhydrie absolue. De plus, à la palpation, on sentait un peu au-dessous et à droite de l'ombilic une tumeur du volume d'une noix, très dure, très mobile, mais qui semblait bien répondre au pylore d'un estomac très dilaté et abaissé.

M. Walther intervint le 14 janvier 1909 ; il trouva une tumeur pylorique assez limitée, s'étendant cependant sur le tiers externe de la petite courbure ; il y avait de gros ganglions au-dessus et au-dessous du pylore. On fit une très large résection de l'estomac, enlevant presque toute la petite courbure, et ne gardant que la grosse tubérosité ; gastroentérostomie par le procédé de Ricard. Les suites furent très simples et depuis lors la malade digère bien et n'a jamais eu ni douleur, ni trouble gastro-intestinal.

L'opération avait été longue ; on ne la prolongea pas en allant réséquer la poche rompue du kyste ovarien que l'on ne sentait plus.

Au mois de février 1910, la malade eut une forte métrorragie ; le kyste, reformé, avait augmenté de volume, il était très tendu et on sentait une masse régulière et dure en arrière de l'utérus.

Intervention le 5 mars 1910. M. Walther trouva un kyste de l'ovaire gauche uniloculaire d'aspect ordinaire, sans végétation, contenant 500 grammes de liquide jaune verdâtre. A droite une tumeur solide de l'ovaire, qu'il prit pour un fibrome, tumeur en forme de galet ayant à peu près les dimensions de la main. De plus, un petit noyau fibromateux du volume d'une noix dans le corps utérin.

Hystérectomie sus-vaginale ; suites opératoires simples ; la malade se porte très bien.

Examen macroscopique des pièces. — 1° Le kyste de l'ovaire gauche est uniloculaire à parois épaisses, régulières, sans traces de végétations ; 2° la tumeur de l'ovaire droit, solide, formée de gros mamelons séparés par de larges fissures est plate, de consistance élastique, ferme de couleur blanc-jaunâtre, légèrement rosée, offrant tous

les caractères extérieurs d'un fibrome ; 3° le corps utérin avec son noyau fibromateux, du volume d'une noix, n'offre à la coupe aucun caractère macroscopique particulier.

Examen histologique communiqué par le docteur Masson. — Cet examen a montré qu'il s'agissait d'une néoplasie épithéliomateuse, d'une véritable linite cancéreuse plastique de l'ovaire droit tout entier, d'une partie de la paroi du kyste de l'ovaire gauche et du centre du fibrome utérin.

1° *Tumeur pylorique.* — M. Masson conclut : « Il s'agit donc d'un épithélium muqueux envahissant de proche en proche la muqueuse stomacale sans y déterminer de tumeur végétante et respectant presque partout l'épithélium de revêtement. La réaction conjonctive intense du chorion et son envahissement par des cellules muqueuses dissociées, nous font penser qu'il s'agit là d'un cancer du pylore à type de linite plastique encore peu étendu. »

2° *Tumeur massive de l'ovaire droit.* — « La tumeur est dure et se coupe mal ; elle crie sous le rasoir. Au microscope, on reconnaît assez nettement le stroma ovarien peu modifié en lui-même, mais extrêmement dissocié. Dans la région superficielle de la tumeur, on voit encore des ovisacs et même quelques follicules dont les éléments épithéliaux ont remarquablement peu souffert. Nous avons même trouvé un ovule parfaitement conservé et pourtant ovisac et follicules sont en contact direct avec les éléments néoplasiques qui infiltrent tout l'organe.

Ces éléments s'insinuent entre les fibres conjonctives ovariennes qui se déforment à leur contact, s'écartant les unes des autres sans paraître en souffrir. Le tissu ovarien se trouve ainsi creusé d'une foule de logettes à parois très minces et contenant une ou plusieurs cellules vacuolaires en tout semblables à celles de l'estomac. Parfois les cellules d'une même logette semblent s'orienter autour d'une cavité de sécrétion ; leurs noyaux deviennent périphériques, et l'analogie d'une telle formation avec un acinus de glande salivaire muqueuse est frappante.

Ailleurs, on voit quelques cellules cubiques groupées autour d'une cavité de sécrétion. »

3° *Tumeur de l'ovaire gauche.* — « Cette tumeur kystique présente deux processus néoplasiques distincts : l'un est caractérisé par la présence d'un kyste muqueux revêtu par un épithélium caliciforme bien net et dont l'activité multiplicatrice semble éteinte ; l'autre est caractérisée par un envahissement du stroma du kyste par des éléments stomacaux semblables à ceux que nous avons déjà trouvés dans la tumeur ovarienne du côté opposé. La paroi conjonctive du kyste est envahie de bas en haut ; sa région supérieure est presque indemne, alors que la portion qui avoisine le pédicule est considérablement épaisse par les éléments cancéreux. Ce fait mérite d'être souligné : les cellules qui infiltrent le stroma du kyste ont une origine lointaine et ne paraissent pas dues à une transformation maligne des cellules caliciformes qui revêtent le kyste. »

4° *Tumeur utérine.* — « L'utérus présente au niveau de son fond une tumeur fibreuse parfaitement arrondie de 4 centimètres de diamètre : toute la région centrale de cette tumeur est infiltrée par des cellules néoplasiques en amas en files, ou isolées. Beaucoup de ces cellules sont muqueuses ; souvent elles s'ordonnent autour des cavités glandulaires très nettes ; leur comparaison avec celles que l'on rencontre dans la tumeur stomacale et dans les ovaires montre bien qu'elles sont de même nature. Pourtant, ici, leur allure générale est bien caractéristique, les ébauches glandulaires sont plus nettes, relativement plus abondantes, de telle sorte que cette métastase si lointaine est beaucoup plus typique, que la tumeur primitive d'où elle est issue.

On peut se demander si le fibrome englobant une métastase d'épithélioma stomacal existait avant cette métastase, ou s'il résulte d'une réaction fibreuse de l'utérus primitivement sain autour du noyau cancéreux en voie de développement. La lésion est trop avancée pour qu'il nous soit possible d'avoir une opinion ferme sur ce point. »

M. Walther conclut, dans la discussion de son observation : « Pour donner à cette métastase la preuve absolue, irréfutable, il me faudrait pouvoir indiquer le moment précis du début de la tumeur pylorique, ce que je ne puis

faire ne l'ayant reconnue qu'au jour où elle avait déjà déterminé une sténose très accentuée. Il me faudrait prouver que le kyste de l'ovaire constaté il y a 4 ans ne contenait aucun élément cancéreux. Cela, je ne le puis pas non plus ; mais la longue et lente évolution du kyste, la répartition même des lésions dans sa paroi, leur limitation très exacte semblent plaider en faveur de cette hypothèse d'une métastase récente, de même que l'état général excellent de la malade et l'absence de toute tumeur secondaire sur le péritoine.

Enfin, l'identité absolu de structure du néoplasme gastrique et de ces diverses localisations utéro-ovariennes me semble être un argument concluant. »

OBSERVATION XV

Hartmann (Annales de gynéologie et d'obstétrique, octobre 1910).

Cancer du pylore et des deux ovaires. Castration abdominale subtotale. Gastro-entérostomie postérieure. Un mois plus tard pylorectomie. — Guérison.

Ba..., 38 ans, entrée le 29 avril 1910 à l'hôpital Bichat, pour vomissements et douleurs abdominales.

Le début des troubles gastriques semble remonter à plusieurs années. C'étaient alors des crampes d'estomac. Ces accidents s'accentuèrent à l'occasion d'une grossesse, il y a 6 ans, au début de cette grossesse, il y eut d'abord des douleurs gastriques avec vomissements, surtout à la fin de la journée ; diminution de l'appétit et vomissement peu abondants alimentaires ou aqueux suivant l'ingestion d'aliments, presque quotidiens. A la fin de la de la grossesse, ces vomissements n'ont plus lieu que le matin sous forme d'une petite quantité d'eau. Accouchement normal, les symptômes s'amendent et il ne persiste que quelques douleurs à l'occasion de fatigues ou d'excès de nourriture. Pourtant, depuis 5 ans, la malade a souffert de crises douloureuses survenant très irrégulièrement, mais le plus souvent vers 4 ou 5 heures du soir ; sensation de tiraillements dans la région épigastrique obligeant la malade à se plier en deux, calmée par l'ingestion d'une

petite quantité de liquide et terminée parfois par l'expulsion d'un peu de liquide légèrement salé de saveur non désagréable. Certains aliments réputés indigètes étaient suivis de pesanteurs amenant le vomissement vers 5 heures de l'après-midi.

En novembre 1909, aux douleurs s'ajoutent des régurgitations aigres, acides, très désagréables. De plus, les règles normales jusqu'alors deviennent plus fréquentes et la malades maigrit de 3 kilos.

A Noël, nous constatons, en même temps qu'un estomac dilaté, clapotant, la présence d'une tumeur abdominale, tumeur que la malade avait sentie dès le mois de septembre 1909. Les règles deviennent plus fréquentes, apparaissent deux fois dans le mois, sans douleur et sans modification dans leur couleur. Un traitement (suivi en ville) parut améliorer la malade.

Ce traitement fut cessé, il y a 15 jours, et les vomissements alimentaires reparurent abondants, survenant tous les deux jours, après le repas du soir, vers 9 heures. La malade remarque dans ces vomissements une pelure de pomme cuite, ingérée 2 jours avant. Il y a 8 jours quelques douleurs dans le bas-ventre, puis, il y a 2 jours, subitement, sans raison apparente, une douleur dans la région inguinale gauche s'irradiant dans les lombes, douleur continue durant de 10 heures à minuit, qui ne fut pas calmée par le repos au lit et fut suivie au bout d'une demi-heure d'un vomissement alimenatire, abondant très acide.

Habituellement constipée, la malade a eu quelquefois des débacles de diarrhée, mais sans selles noires, jamais d'hématémèse, appétit conservé.

Depuis son entrée à l'hôpital, la malade n'a pas vomi, mais a eu deux crises analogues à celle ci-dessus décrite.

2 *mai* 1910. — Femme très amaigrie. Sur le thorax, on note une dépression, surtout marquée à droite et correspondant aux côtes. Au-dessous de l'appendice xyphoïde, la paroi abdominale est déprimée ; par moment, il s'y forme une voussure que la malade remarque, et, en ce point, on voit une tuméfaction subissant des mouvements d'expansion et d'affaissement (ondulations péristaltiques).

Abdomen. — Légère circulation collatérale du côté droit. La percusion dénote une sonorité tympanique dans la région épigastrique jusqu'à l'ombilic. La matité hépatique n'est pas augmentée. A la partie inférieure de l'abdomen, il y a une zone limitée par une ligne à convexité supérieure atteignant sensiblement l'omblilic, débordant de 3 à 4 travers de doigt de chaque côté de la ligne médiane ; on palpe à ce niveau une masse ovoïde, à grosse extrémité droite à surface lisse, légèrement bosselée. Son bord gauche est arrondi, le bord droit est tranchant, le bord supérieur présente une encoche à gauche et au-dessous de l'ombilic, consistance ferme à gauche, beaucoup plus dure à droite. Dans la région épigastrique, il n'y a aucune résistance, et on constate seulement un clapotement très net.

Le toucher vaginal donne les renseignements suivants :

Le col est dirigé en bas en arrière et légèrement à gauche ; il est mou dans toute sa partie inférieure, un peu plus dur du côté gauche. Dans sa partie moyenne, il y a une zone de dureté ligneuse se continuant avec le corps ; l'orifice à direction transversale largement perméable pour l'extrémité de l'index permet de sentir, sur la paroi postérieure du canal cervical, une très petite nodosité. Le cul de sac latéral gauche, souple, non douloureux, est assez profond ; à droite, on sent le prolongement d'une masse qui occupe le cul de sac postérieur. Cette masse séparée du col à gauche, par un sillon très net bombe dans le Douglas, comme une petite orange dont on sent mal les limites à droite ; elle se prolonge à gauche, vers une autre petite tumeur qu'on atteint très haut. Le toucher détermine de la douleur dans le cul de sac postérieur. En position élevée du bassin, la tumeur se dégage de l'excavation, vient occuper la région ombilicale; on constate alors qu'il reste dans l'excavation, en arrière et à droite du col une tumeur dure, formée de plusieurs lobes, dont l'ensemble atteint le volume d'une mandarine et qui semble tout à fait indépendante de la grosse tumeur laquelle a filé vers l'ombilic. En explorant avec un peu de soin cette masse, on constate que l'une des indurations, celle situé à gauche de la ligne médiane correspond au

corps de l'utérus rétrofléchi et que la masse principale, à droite se continue vers la partie interne de la fosse iliaque droite.

Ayant fait prendre la veille un potage contenant un peu de carotte, on fait le matin à jeun le cathétérisme de l'estomac. On retire 210 centimètres cubes de liquide ayant l'aspect d'une bouillie grisâtre, contenant des débris de carottes bien reconnaissables, d'odeur faible, de réaction acide ; on y constate des peptones, de l'acide chlorhydrique libre, de l'acide lactique, pas d'acide butyrique, pas de pigments biliaires ni de sang.

Acidité totale : 1,295 ; chlore total : 4,23.

Après lavage d'estomac, repas d'Ewald qui est retiré 60 minutes après ; on retire 370 cm³ de bouillie blanchâtre, visqueuse, filtrant difficilement, l'odeur nulle, de réaction acide, contenant de l'acide chlorhydrique libre, des acides lactique, butyrique, de l'achroodextrine, des peptones. Pas d'acide acétique, de pigments biliaires, de sang.

Après insufflation, l'estomac descend un peu au-dessus de l'ombilic.

Examen d'urines. — Densité, 1.018, réaction acide ; dépôt peu abondant, traces d'albumine ; présence d'indoxyl urinaire et d'urobiline.

Par 24 heures : azote total=5,65 ; urée=11,70 ; azote uréïque = 5,37 ; chlorures en NaCl = 4,72 ; phosphates en P^2O^5=1,55 ; acide urique et corps xanthiques = 0,36.

Le dépôt contient de l'urate de soude et des cellules épithéliales.

Rien à signaler du côté du cœur ni des poumons.

Antécédents personnels. — Mariée, a eu deux enfants vivants qui sont bien portants ; pas d'avortements ; a eu la fièvre typhoïde à vingt-deux ans.

Antécédents héréditaires. — Le père bien portant a 77 ans, mère morte cardiaque, a eu quatre frères et trois sœurs en bonne santé.

Opération. — Le 13 mai 1910, ablation des tumeurs ovariennes, de l'utérus et gastro-entérostomie par M. Hartmann.

Incision médiane au-dessous de l'ombilic ; il s'écoule une petite quantité de liquide citrin et, en relevant l'épiploon non adhérent, nous voyons une tumeur à contours arrondis, ferme, de coloration brunâtre. La tumeur amenée au dehors, son pédicule tordu se détache à gauche de l'utérus ; elle est enlevée. A ce moment, nous voyons qu'à droite existe sur l'ovaire une deuxième tumeur, également dure, un peu mamelonnée et sans adhérence, tombée en arrière du ligament large. Ablation de cette tumeur et amputation subtotale de l'utérus, péritonisation.

L'incision agrandie en haut on voit que la région pylorique est le siège d'une tumeur de coloration blanche qui s'étend sur la portion voisine de l'estomac et semble mobile. Pour ne pas prolonger l'opération, gastroentérostomie postérieure. Sutures. Durée totale : 1 h. 5.

Examen macroscopique des tumeurs. — La tumeur droite a le volume d'une grosse orange ; elle est lobulée ; son tissu est blanc, assez uniforme à la coupe. La tumeur gauche a le volume d'une tête de fœtus à terme ; elle a le même aspect que celle du côté droit, mais sur la coupe, elle est ecchymotique dans la plus grande partie de son étendue.

Suites opératoires. — Dès le lendemain, la malade alimentée, ne vomit plus ; elle reprend des forces. Le 14 juin, pylorectomie par M. Hartmann ; le 4 juillet, la malade quitte l'hôpital, guérie.

Examen microscopique fait par M. Lecène. — 1° Tumeurs ovariennes. Les fragments prélevés sur les deux ovaires montrent tous la même structure histologique. Le stroma fibreux de l'ovaire est complètement infiltré par un très grand nombre de cavités tubulées ressemblant à des tubes glandulaires et tapissées d'une épithélium cylindrique assez régulièrement disposé : dans la lumière de ces cavités tubulées, on voit parfois des cellules épithéliales desquamées, à protoplasme, gonflé, homogène, à noyau peu apparent. Dans l'épithélium de revêtement des pseudo-tubes glandulaires on trouve très souvent des figures de caryokinèse atypique. En dehors du stroma fibreux, il

n'existe plus trace d'éléments caractéristiques de l'ovaire normal.

2° Tumeur pylorique. Le pylore, sur des coupes comprenant toute l'épaisseur de sa paroi, apparaît envahi par un épithélioma cylindrique atypique, débutant par la muqueuse, qui est en grande partie détruite et s'infiltrant dans les tuniques musculaire et séreuse qui sont complètement dissociées par cette pénétration néoplasique : il s'agit là d'un adéno-carcinome tout à fait caractéristique du pylore avec infiltration pariétale totale. Il y a identité complète de structure entre la tumeur pylorique, très vraisemblablement primitive, et les deux tumeurs ovariennes.

OBSERVATION XVI

(M. Metzger, in thèse de Paris : Les métastases ovariques des cancers digestifs, 1911.)

D..., 51 ans. Entrée le 10 avril 1909. Depuis deux ans, cette malade souffre de troubles digestifs sous forme de ballonnement de l'estomac, de pesanteur après les repas et vomissements deux ou trois heures après l'ingestion d'aliments. A plusieurs reprises, elle a constaté du sang dans ses vomissements. Depuis 2 mois, cette malade a maigri, s'est affaiblie et a vu survenir des métrorragies.

A l'examen de l'abdomen, on remarque une tumeur arrondie dans le flanc droit, et à point de départ pelvien. Le toucher vaginal permet de l'attribuer à l'ovaire droit ; de plus on sent que l'ovaire gauche est également augmenté de volume. Utérus normal. L'estomac est dilaté et présente du clapotement. On fait le diagnostic de sténose pylorique et de tumeur solide des deux ovaires.

Opération le 4 mai 1909. — Laparotomie ; pas d'ascite. Ovariotomie droite pour une grosse tumeur solide en forme de galette ; ovariotomie gauche pour tumeur solide, végétante, du volume d'une mandarine. L'examen de la région pylorique permet d'y reconnaître une tumeur mal limitée d'apparence néoplasique ; on fait une gastroentérostomie postérieure transmésocolique. Durée de l'opération, 1 h. 15. Suites excellentes. Sortie le 26 mai.

L'examen histologique fait par M. Lecène a porté sur les fragments des deux tumeurs ovariennes extirpées.

La structure de ces deux tumeurs est identique à un faible grossissement ; on ne reconnaît rien du parenchyme ovarien normal qui est remplacé par du tissu conjonctif dense, formé de fibres adultes, coupées sous différentes incidences ; les noyaux de ces fibres sont bien colorés : entre les faisceaux conjonctifs, on trouve disséminés des vaisseaux capillaires nombreux à paroi propre bien reconnaissable. La première impression, lorsqu'on regarde ces coupes, c'est qu'il s'agit là d'un fibrosarcome. Mais une étude plus attentive fait connaître, disséminés çà et là au milieu de stroma conjonctif, des amas cellulaires d'un aspect particulier. Au fort grossissement, on voit que ces amas sont composés de cellules irrégulières, à noyaux hyperchromatiques et disposées en demi-cercles ou en cercles complets autour de petites boules d'une substance homogène qui donne les réactions histochimiques du mucus. On reconnaît en ces points l'aspect si particulier de certains groupements de cellules épithéliales atypiques d'origine muqueuse que l'on trouve dans certains cancers de l'estomac de type linite plastique.

On peut donc en conclure que les tumeurs ovariennes sont formées d'une stroma fibreux extrêmement developpé englobant quelques amas épars de cellules opithéliales atypiques entourant des globes de mucus. C'est tout à fait l'aspect des figures du mémoire de Krukenberg.

OBSERVATION XVII

(Wagner, in Wiener Klinich. Wochenschrift, 15 mai 1902)

Malade, âgée de 69 ans ; repasseuse. Entre à l'hôpital en janvier 1902 dans un état grave. Affection actuelle remontait à 3 mois et se caractérisait par des vomissements fréquents, de la perte des forces, de l'anémie. La malade meurt dans la soirée avant d'avoir pu être examinée.

Autopsie. — Adhérences péritonéales nombreuses. Le grand épiploon est fixé à la symphyse et au fond utérin.

L'estomac dans sa portion pylorique est épaissi ; le grand épiploon dans son voisinage est transformé en une

masse néoplasique. Sur le petit épiploon, au voisinage de la petite courbure, on aperçoit également de petites nodosités comme à la surface du péritoine pariétal. Après ouverture de l'estomac, on voit que l'épaississement porte sur la musculeuse et la muqueuse. Cette dernière adhérente aux plans profonds se distingue mal de la sous-muqueuse. Sur la grande courbure au voisinage du pylore, on aperçoit une ulcération cratériforme aux bords de laquelle la muqueuse infiltrée adhère intimement.

Dans le petit bassin, on aperçoit deux tumeurs de la grosseur du poing, développées aux dépens des ovaires. Entre les deux un utérus fibromateux de petit volume.

Les deux tumeurs ovariennes adhèrent plus ou moins intimément aux organes du voisinage. Leur consistance est ferme sur la coupe, leur aspect est grisâtre, rosé par endroit. Le diagnostic peut donc se poser ainsi : carcinome squirreux du pylore ; carcinome secondaire du péritoine pariétal, fibrosarcome des ovaires.

Examen histologique. — Tumeur ovarienne. — Les couches profondes sont riches en cellules, tandis que sa périphérie est formée presque uniquement de bandes de tissus conjonctifs qui, accompagnés de vaisseaux, s'enfoncent dans l'intérieur de la tumeur. Les fentes qui séparent ces bandelettes sont comblées par un tissu plus lâche, à larges mailles.

Irrégulièrement répandues au milieu de ce tissu, on aperçoit deux espèces de cellules. Les unes à protoplasme peu coloré, difficilement visibles, vacuolaires, les autres pourvues d'une protoplasme sombre, prennent bien les colorants. Par endroits pourtant, les cellules affectent des formations rappelant celle des acinis glandulaires.

Tumeur gastrique. — Traînées cellulaires abondantes, séparées les unes des autres par des brides fibreuses. Les cellules de formes différentes, arrondies ou polygonales, présentent un protoplasme dont la coloration varie. Il est parfois vacuolaire et ici comme pour la tumeur ovarienne, le noyau se trouve rejeté à la périphérie.

On est donc en présence d'un squirre dont les cellules semblent par endroit subir la dégénérescence gélatineuse.

Cette tumeur a essaimé sur le péritoine pariétal et viscéral, sur le grand et le petit épiploon, sur les voies lymphatiques des tumeurs ayant une structure semblable.

Ces tumeurs des ovaires montrent d'ailleurs une structure analogue. Dans les deux tumeurs gastrique et ovarienne, on trouve des formations glandulaires identiques, avec des cellules semblables présentant de la dégénérescence gélatineuse. Il est vrai que le développement du tissu fibrillaire est moins dense au sein de la tumeur ovarienne que dans la tumeur gastrique. Cette différence doit sans doute être imputée à la différence de struture présentée par les deux organes.

Les recherches histologiques nous conduisent donc à considérer la tumeur ovarienne comme une métastase de la tumeur gastrique.

OBSERVATION XVIII

(Wagner, Centralbl. f. Gynäk., 1906, n° 26.)

32 ans. Accouchée pour la cinquième fois, il y a 11 mois. Troubles gastriques et vomissements typiques de sténose gastrique. Ventre gros ; ascite. Dans le bassin, à droite, tumeur grosse comme un œuf d'autruche, à gauche comme le poing ; toutes deux ballottent dans l'ascite. Examen de suc gastrique donne absence d'acide lactique et d'acide chlorhydrique. On fit le diagnostic de cancer de l'estomac et tumeurs métastatiques des ovaires.

Opération. — Ablation des tumeurs ovariques. Du côté de l'estomac, cancer du pylore avec infiltration de l'épiploon. Guérison.

Histologiquement. — Tumeurs de Krükenberg typiques.

OBSERVATION XIX

(Schlagenhaufer, Monatschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie, 1902, p. 491.)

A. M.., 35 ans, entrée le 11 janvier 1901. Souffre de dyspnée et de palpitations. Meurt avec des signes d'asystolie, cyanose.

Autopsie. — Carcinome de l'estomac avec métastases

dans les deux poumons et les plèvres et sur les deux ovaires ; infiltration des ganglions rétropéritonéaux.

L'ovaire gauche est volumineux. Sa surface est peu altérée ; on aperçoit encore un corps jaune. Toute la substance ovarienne est transformée en une masse compacte, homogène, blanchâtre à la périphérie, grisâtre au centre.

L'ovaire droit est semblable ; on aperçoit 3 corps jaunes à sa surface.

Histologiquement. — La tumeur gastrique est un adénocarcinome avec dégénérescence muqueuse. Les ovaires montrent par endroit une structure parfaitement normale avec des follicules nombreux. En d'autres points, on trouve un tissu néoplasique reproduisant assez exactement le type de la tumeur gastrique.

OBSERVATION XX

(Schlagenhaufer, Monatsch. f. Geb. und Gynäk., 1902, p.493)

Elise X..., 27 ans, entrée le 9 septembre 1901. Ventre grossit depuis 5 semaines ; la malade se croyait enceinte. Pas de douleurs gastriques, grosse tumeur venant du petit bassin, indépendante de l'utérus, gros ganglions inguinaux. Depuis quelques jours vomissements.

22 *octobre.* — Laparotomie, 6 à 7 litres d'ascite. Ablation des deux trompes et des deux tumeurs ovariennes ; la gauche pèse 1.580 grammes, la droite 560 grammes.

A la coupe, tumeurs de coloration blanche contenant chacune un kyste à contenu séreux et à paroi lisse.

Dans la suite vomissements ; mort 12 jours après.

Autopsie. — Estomac un peu dilaté présente une tumeur ulcérée au niveau du pylore ; le pancréas adhère intimement à la paroi gastrique.

Histologiquement. — Estomac : adéno-carcinome avec dégénérescence myxomateuse.

Ovaires : infiltration œdémateuse, tissu fibreux à larges mailles contenant des cellules épithéliales ayant parfois subi la dégénérescence muqueuse.

OBSERVATION XXI

(Schlagenhaufer, Monatsch f. Geb. und Gyn., 1902, p. 487.)

Antonie Z..., 31 ans, III pare. — Malade depuis 3 ans. Métrorragies et douleurs abdominales depuis 6 mois. Œdème considérable des membres inférieurs ; pas de fièvre, pas d'albumine, rien aux poumons.

Dans le ventre, deux tumeurs très dures, non douloureuses qui semblent dépendre de l'utérus mobile. Vomissements, anorexie, amaigrissement. Morte au bout de deux mois.

Autopsie. — Ascite hémorragique, cancer infiltré de l'estomac. Métastase péritonéale, ganglionnaires et ovariennes ; les deux ovaires sont gros et à la coupe sont durs et blancs.

Histologie. — Epaississement de la paroi gastrique et surtout de la sous-muqueuse et de la musculeuse ; infiltration diffuse de cellules néoplasiques arrondies à protoplasme granuleux et très vacuolaires.

Les deux ovaires ont même structure : infiltration de petites cellules épithéliales s'insinuant dans un stroma conjonctif. Par endroit, on aperçoit des dispositions rappelant les formations glandulaires. En aucun point, la tumeur ne prend l'aspect alvéolaire.

OBSERVATION XXII

(Schlagenhaufer, Monat. f. Geb. und Gyn., 1902, p. 489.)

Barbara W..., 37 ans. Souffre depuis 6 semaines de violentes douleurs abdominales avec vomissements et diarrhée. Fièvre et dyspnée ; météorisme. On pense à une péritonite tuberculeuse. Morte au bout d'un mois.

Autopsie. — Carcinome de l'estomac. Tumeur double des ovaires. Quelques noyaux de généralisation sur le péritoine. Ascite séreuse.

Histologiquement. — Même structure que dans observation précédente, sauf envahissement moins intense des ovaires.

OBSERVATION XXIII

(Schlagenhaufer, Monat. f. Geb. und Gyn., 1902, p. 489.)

Thérèse M..., 37 ans, se croyait enceinte quand elle vint consulter pour la première fois ; on trouva une tumeur ovarique droite grosse comme une tête d'adulte et une plus petite à gauche. Ovariotomie double : sarcome des ovaires. Fibrome utérin. Morte 2 mois plus tard.

Autopsie. — Carcinome de l'estomac avec métastases dans le foie, les ganglions portes, le péritoine et le péricarde.

Sur l'estomac il y a une grosse infiltration de toutes les tuniques par des cellules cancéreuses polymorphes, petites ; dans la sous-muqueuse, quelques cellules groupées en acini. Métastases hépatiques ont une structure alvéolaire ; même aspect de cellules polymorphes sur le péricarde.

OBSERVATION XXIV

(Schlagenhaufer, Monat. f. Geb. u. gyn., 1902, p. 489.)

Caecilia R..., 56 ans, entrée le 23 janvier 1900. Opérée l'année précédente de cancer des deux ovaires. Actuellement souffre de nouveau du ventre. Pouls petit, fréquent. Ascite considérable qu'on a du ponctionner 8 fois.

Morte au bout de 5 mois de séjour.

Autopsie. — Cancer infiltré de l'estomac avec généralisation au péritoine et au péricarde.

OBSERVATION XXV

(Schlagenhaufer, Monat. f. Geb. u. Gyn., 1902.)

M. J..., 20 ans. Très bien portante jusqu'à il y a un an et demi où elle eut des vomissements et maigrit rapidement de 26 kilogrammes. Dans ces derniers temps augmentation de volume du ventre. Appétit conservé ; pas d'hématémèse. Alternatives de diarrhée et de constipation. Réglée à 16 ans, aménorrhée depuis 18 mois.

A l'examen, estomac dilaté, ascite ; le toucher difficile, permet de sentir un utérus atrophié avec d'un côté une résistance mal déterminée.

Diagnostic. — Péritonite tuberculeuse, d'origine annexielle, avec peut être tumeur du pylore.

Première opération le 12 janvier 1900. — On évacue beaucoup d'ascite jaune clair ; on sent sur le pylore, une tumeur grosse comme un poing d'enfant, allongée, assez mobile, nombreuses métastases sur tout le péritoine et sur les deux ovaires qui sont gros, le droit comme un œuf de poule : extirpation des deux annexes.

Deuxième opération le 20 janvier 1900. — Gastroentérostomie. Amélioration, augmentation de 12 kilogrammes. La malade sort au bout de trois mois.

Les tumeurs ovariennes sont fermes au toucher, légèrement œdémateuses. Quelques noyaux kystiques dans l'ovaire gauche. On aperçoit encore quelques follicules normaux. La tumeur est composée d'un tissu conjonctif tantôt dense, tantôt lâche. Dans les mailles, on aperçoit des éléments épithéliaux affectant quelquefois le type glandulaire. Dans les mailles les plus étroites, on voit des cellules isolées, arrondies avec un noyau situé à la périphérie et un protoplasma coloré en bleu. En d'autres endroits, ces cellules sont disposées en amas ; parfois, dégénérescence muqueuse.

OBSERVATION XXVI

(Schlagenhaufer, Monat. f. Geb. u. Gyn. 1902, p. 492.)

T. M..., 24 ans,, entrée le 16 septembre 1902. Aménorrhée depuis 13 mois ; pesanteur abdominale, ballonnement, vomissements continuels. Au toucher, 2 tumeurs volumineuses, dures, mobiles dans le petit bassin ; ganglions inguinaux volumineux.

Laparotomie. — 2 tumeurs ovariennes, hystérectomie subtotale. Infiltration du péritoine ; 1 litre et demie d'ascite séreuse. Guérison opératoire, puis vomissements, hématémèse, ascite. On pense à un cancer de l'estomac. Morte au bout de 3 mois.

Autopsie. — Ascite, péritoine recouvert d'exudats fibrineux qui soudent entr'elles les anses intestinales. Estomac petit, en sablier ; dans la petite courbure, près du pylore,

perforation dont le fond qui se confond avec le pancréas est lisse, dur et la paroi infiltrée.

Histologie. — Estomac : adénocarcinome myxomateux avec infiltration de la sous-muqueuse, de la musculeuse et de la séreuse.

Ovaires. — Le tissu ovarien normal est complètement étouffé par les tissus néoformés. Dans les mailles de ce tissu conjonctif, on aperçoit des cavités de différentes tailles, affectant parfois une disposition kystique. Les parois sont revêtues d'un épithélium cylindrique plus ou moins haut. Ces cellules présentent une dégénérescence muqueuse et encombrent parfois la lumière de la cavité.

OBSERVATION XXVII

(Engelhorn, Beitrâge z. Geb u. Gyn., 1907, t. X.)

59 ans. Fréquentes douleurs gastriques. 2 accouchements normaux. Ménopause depuis sept ans. Se plaint de fatigue faiblesse anorexie, brûlures à l'estomac et fréquents vomissements.

Femme en très mauvais état, présentant une tumeur abdomino-pelvienne peu mobile, remontant entre la symphyse et l'ombilic.

Opération. — Kystes de l'ovaire droit. Sur le pylore, on sent une tumeur dure, grosse comme le poing qui semble un cancer inopérable. Morte au bout de 6 jours. A l'autopsie, on trouve un cancer du pylore avec ulcération (forme colloïde). Sur les parois du kyste de l'ovaire enlevé au cours de l'opération, on voit une tumeur large comme la paume de la main qui est reconnue pour un fibrosarcome, greffé sur une cysto-adenome pseudo-muqueux.

OBSERVATION XXVIII

(Engelhorn. Beitrâge Z. Geb. u. Gyn., 1907, t. XI.)

VI pare. — Cancer de la petite courbure ; tumeurs des 2 ovaires.

Histologie. — Cancer à cellules cubiques intéressant toutes les tuniques de l'estomac sous forme d'amas ou de

boyaux ; métastases cancéreuses non douteuses pour l'ovaire : cellules identiques. Pas d'autres métastases.

OBSERVATION XXIX

(Engelhorn, Beitr. z, Geb. u. Gyn., 1907, t. XI.)

39 ans. — VI pare. — Dernières règles il y a six mois. Cancer inopérable de l'estomac, et tumeur double des deux ovaires.

OBSERVATION XXX

(Römer, Archiv. f. Gynäk., 1902, t. LXVI)

20 ans. Cancer du pylore avec métastase dans les ganglions bronchiques, claviculaires, stomacaux, hépatiques et rétropéritonéaux. Métastase dans les poumons, sur le péritoine et les deux ovaires, gros comme le poing, gris à la coupe.

Histologie. — Estomac : infiltration de toutes les tuniques par des cellules épithéliales irrégulières.

Ovaires : Les éléments épithéliaux ont le même aspect que sur l'estomac, enveloppés par du tissu conjonctif abondant surtout à la périphérie.

OBSERVATION XXXI

(Römer, Archiv. f. Gynäk., 1902, t. LXVI)

61 ans. — Cancer du pylore avec ganglions dans le mésentère autour de l'estomac et rétropéritonéaux et au hile du foie. Infiltration et granulations sur l'épiploon et le péritoine. Métastases dans le foie, les deux ovaires, les trompes. Les lésions microscopiques des ovaires et de l'estomac ont même aspect que dans l'observation précédente.

L'auteur conclut à des métastases ovariennes de cancer gastrique mais dans le premier cas, il pense à une greffe directe et dans le second cas à un envahissement lymphatique (âge de la malade, lésions plus accentuées dans le second cas au centre de l'ovaire, à la périphérie dans le premier cas.

OBSERVATION XXXII

(Polano, Würzburg. Abhan. a. d. Gesant. d. prak. Med., 1904, tome IV.)

28 ans. — Dernier accouchement il y a un an et demi ; a nourri 9 mois, bien réglée ensuite pendant 6 mois, aménorrhée depuis trois mois. Douleurs gastriques, quelques vomissements. Violentes douleurs hypogastriques. Deux tumeurs des ovaires.

Ovariotomie double, pas d'ascite, pas de métastases. Suites normales, puis vomissements marc de café ; on sent une tumeur dans la région épigastrique.

Deuxième opération : Cancer inopérable du pylore, métastase dans le foie et les ganglions voisins. Gastroentérostomie. Guérison. Pas de nouvelles.

OBSERVATION XXXIII

(Glockner, Arch. f. Gyn., 1904, t. LXXII)

25 ans ; III pare ; suppression des règles huit mois avant le décès. Tumeur pylorique comme un œuf de pigeon ; envahissement des ganglions vertébraux ; double tumeur ovarienne, à surface irrégulière, mollasse, blanche œdématiée à la coupe.

OBSERVATION XXXIV

(Glockner, Arch. f. Gyn., 1904, t. LXXII)

37 ans ; III pare ; opérée ; guérison : tumeur pylorique, squirrhe, tumeurs de Krükenberg typiques des ovaires.

OBSERVATION XXXV

(Glockner, Arch. f. Gyn., 1904, t. LXXII)

48 ans ; I pare ; depuis trois mois métrorragies ; le 5 décembre 1901 on enlève deux tumeurs ovariennes, type Krükenberg ; un an après décès par suite de tumeur de l'estomac ; on sent à ce moment une énorme tumeur dans le petit bassin.

OBSERVATION XXXVI

(Glockner, Arch. f. Gyn., 1904, t. LXXII)

48 ans. — Cancer ulcéré du pylore avec métastases sur l'épiploon et jusqu'au Douglas ; deux tumeurs ovariques, type Krükenberg.

OBSERVATION XXXVII

(Glockner, Arch. f. Gyn., 1904, t. LXXII)

53 ans. — Cancer greffé sur un ulcère de la grande courbure. Ascite. Envahissement de tout le péritoine de l'épiploon et des deux ovaires.

Histologie. — Ovaires : cellules cancéreuses infiltrant le stroma d'une façon diffuse : cellules épithéliales, les unes semblables à celles de l'estomac, les autres ayant subi la dégénérescence muqueuse et prenant des formes en bagues ou en anneau.

OBSERVATION XXXVIII

(Glockner, Arch. f. Gyn., 1904, t. LXXII)

30 ans. — Cancer à tendance à dégénérescence muqueuse du pylore, ayant détruit toutes les tuniques jusqu'à la séreuse. Cancer des deux ovaires à structure tout à fait semblable : cellules en dégénérescence muqueuse sous forme alvéolaire ou adéno-cancéreuse. Cancer du péritoine, de l'épiploon, du mésentère.

OBSERVATION XXXIX

(Glockner, Arch. f. Gyn., 1904, t. LXXII)

56 ans; IV pare. — Ménopause, il y a 9 ans. Depuis quelques mois métrorragies peu abondantes. Tumeur pylorique comme un œuf de poule. Deux tumeurs ovariennes comme une tête d'enfant.

Histologie. — Cancer gélatineux des ovaires ; dégénérescence muqueuse. Structure comparable de la tumeur pylorique.

OBSERVATION XXXX

(Amann, Monats. f. Geb. u. Gyn., 1906, t. XXIV, p. 397)

42 ans ; V pare. Diagnostic : cancer primitif de l'estomac et secondaire des ovaires. Résection de l'estomac, ablation des tumeurs ovariennes ; péritoine sain.

Histologie. — Estomac : cancer ayant envahi jusqu'à la séreuse par des prolongements très fins, alors que la séreuse est macroscopiquement intacte.

Ovaires : Tumeurs de Krükenberg, adeno-cancer avec parties kystiques, parties fibreuses et cellules en bagues.

OBSERVATION XXXXI

(Amann, Monats. f. Geb. u. Gyn., 1906, t. XXIV, p. 397)

31 ans. — Vierge. Depuis trois mois souffre de l'estomac, maigrit, a des douleurs dans le bas-ventre : traitée pour hystérie. En quelques semaines, le ventre augmente rapidement.

Malade cachectique ; ascite abondante. Plusieurs tumeurs bosselées, en particulier, une accessible dans le Douglas.

Laparotomie exploratrice. — Noyaux sur toute la séreuse, épiploon et Douglas. Les deux ovaires sont transformés en tumeurs grosses comme une prune, bosselées. Ascite considérable. D'après l'infiltration de l'épiploon on pense à un cancer primitif de l'estomac vérifié quelques semaines plus tard à l'autopsie. Histologiquement, tumeurs de Krükenberg.

OBSERVATION XXXXII

(Kaul, Thèse Munich, 1906)

43 ans ; X pare. — Règles supprimées depuis 6 mois. Tumeur adhérente de la grande courbure de l'estomac. Grosse tumeur dans le foie, cancer de la vésicule libiaire. Tumeurs mollasses kystiques des deux ovaires.

Histologie. — Cancer de l'estomac du type d'adénocancer. Même aspect dans le foie et les ovaires.

L'auteur conclut à un cancer primitif de l'estomac avec métastases ovariques, mais l'absence de lésion du péritoine fait penser qu'il s'agit de propagation par voie lymphatique ou sanguine.

OBSERVATION XXXXIII

(Gottschalk, Centr. f. Gynäk., 1901, p. 1287)

28 ans. — Tumeurs ovariques, avec nombreux noyaux dans le Douglas; opération. Mort quelques mois après de cancer primitif du pylore avec métastase dans le foie, l'épiploon, le péritoine.

L'auteur ajoute : C'est un cancer du pylore qui s'est d'abord manifesté par une métastase grosse comme une noisette sur l'ovaire droit ; c'est une confirmation de la théorie de l'implantation directe.

OBSERVATION XXXXIV

M. Bœckel (Septembre 1910. Congrès de Toulouse.)

Femme de 28 ans ne présentant aucun trouble gastrique qui avait été envoyée comme atteinte de fibronne utérin. Une laparotomie montre de chaque côté une tumeur de l'ovaire grosse comme le poing, qui fut enlevée. L'opérée ayant succombé quelques jours plus tard, l'autopsie révéla l'existence d'un énorme cancer de l'estomac que rien n'avait jamais fait soupçonner pendant la vie.

OBSERVATION XXXXV

Sitzenfrey (Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie, 1909, t. XIX, p. 372)

Femme atteinte de cancer inopérable de l'estomac, gastroentérostomisée par Wölfer ; à l'autopsie, les annexes paraissent absolument normales, sauf une adhérence de l'épiploon à l'ovaire droit ; or, l'examen histologique montra, dans les deux ovaires une abondante infiltration de cellules cancéreuses dans les couches superficielles de la glande ; la substance médullaire était indemne, ainsi que les lymphatiques. Noyaux métastatiques dans le Douglas.

OBSERVATION XXXXVI

Sitzenfrey (Mitteilungen u. s. w., 1909, t. XIX, p. 372)

Femme enceinte de 6 mois. Cancer développé sur un vieil ulcère gastrique, avec estomac biloculaire, en même temps que deux kystes uniloculaires des ovaires ; l'aspect macroscopique des ovaires n'avait rien du cancer, et cependant, là encore, le microscope révéla une infiltration carcinomateuse des plus nettes, avec, par places, aspect typique de la tumeur de Krükenberg.

OBSERVATION XXXXVII

(Kratzenstein, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., 1897)

58 ans. — Opérée le 26 janvier 1889. Pas de règles depuis 12 ans ; perd un peu de sang depuis décembre. Pas de douleurs, pas d'amaigrissement. Double kyste parviloculaire avec dégénérescence cancéreuse. Morte le 12 juin 1891 de cancer de l'estomac.

OBSERVATION XXXXVIII

(Kratzenstein, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., 1897)

52 ans. — Opérée le 7 décembre 1889. Pas de signes gastriques. Kystes de l'ovaire avec début de cancer. Morte le 22 juin 1890 avec cancer de l'estomac et péritonite cancéreuse.

OBSERVATION XXXXIX

(Kratzenstein, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., 1897)

45 ans. — Opérée le 25 août 1891 de cancer des deux ovaires. Morte le 27 août 1891. Ulcère cancérisé de l'estomac, perforé, péritonite diffuse.

OBSERVATION L

(Rosthenberg, Th. Heidelberg, 1893)

31 ans ; II pare. — Aménorrhée depuis 14 mois. Tumeur pyloro-duodénale ; tumeur des deux ovaires, dans le Douglas une grosse et une petite masse.

Histologie. — Carcinome intra-cellulaire du pylore avec dégénérescence. Kystes carcinomateux des ovaires.

OBSERVATION LI

(Stickel. Arch. f. Gynäk, 1906)

56 ans. — Gros paquets de ganglions le long de la petite courbure, estomac épais dur, sauf au niveau du pylore et de la grande courbure. Ovaire gauche à surface lisse avec quelques nodules superficiels ovaire droit très bosselé. Les ovaires sont durs, blanchâtres à la coupe avec, au centre, un foyer grisâtre.

Histologie. — Cancer plan de l'estomac, avec métastases ovariennes de même structure (cellules muqueuses en bagues.).

OBSERVATION LII

(Stickel. Arch. f. Gynäk, 1906)

Cancer non ulcéré de l'estomac, avec métastases ovariennes et dans le Douglas, et dans les ganglions voisins.

Histologie. — Squirrhe gastrique ayant envahi les autres organes et, en particulier, les ganglions ; aspect typique sur les ovaires, cellules provenant d'une muqueuse, formes en bague très caractéristique.

OBSERVATION LIII

(Stickel. Arch. f. Gynäk, 1906)

56 ans. — Ascite et fièvre qui font penser à une péritonite tuberculeuse.

Autopsie.— Trois litres d'ascite. L'aspect des ovaires fait penser à un cancer de l'estomac que l'on trouve : pas de lésion du péritoine. L'estomac est infiltré d'une façon diffuse, cartonné et plus petit que normalement. Il s'agit d'un cancer plan du type adénomateux. Ovaire droit très dur, un peu gros, grisâtre, granulations sur les trompes ; cellules néoplasiques polymorphes dans les mailles du tissu conjonctif ; l'origine glandulaire des cellules se voit à leur

tendance à la dégénérescence muqueuse et aux formes en bagues.

Envahissement probablement par implantation directe.

OBSERVATION LIV

(Stickel. Arch. f. Gynäk, 1906)

36 ans. — En 1901, pylorectomie pour cancer. Guérison. En 1904, ablation de deux tumeurs ovariques. Guérison.

Histologie. — Estomac : cancer à petites cellules, ayant subi souvent la dégénérescence muqueuse ; infiltration de la sous-muqueuse et de la musculeuse.

Ovaires : Cystoadénocarcinome : on y trouve des cellules de même forme que sur l'estomac avec, parfois, quelques gouttes de mucus.

OBSERVATION LV

(Stickel. Arch. f. Gynäk, 1906)

37 ans. — Cancer sténosant infiltré du pylore. Sur l'ovaire droit métastase superficielle grosse comme un noyau de cerise ; même structure que le cancer gastrique: cancer glandulaire à petites alvéoles et dégénérescence muqueuse des cellules.

OBSERVATION LVI

(Stickel. Arch. f. Gynäk, 1906)

Autopsie. — Cancer ulcéré de l'estomac : infiltration de toutes les tuniques par des cellules rondes à noyau vasculaire, et quelques cellules en bagues. Double tumeur ovarienne, de même structure, avec plusieurs foyers limités, ce qui indique un envahissement par métastase.

OBSERVATION LVII

(Stickel. Arch. f. Gynäk, 1906)

41 ans ; XVII pare. — Ovariotomie pour tumeur de deux ovaires. Cancer colloïde de l'estomac et infiltration cancéreuse des ganglions voisins. Dans les ovaires, petites cel-

lules épithéliales dans un réseau fibrillaire conjonctif, avec quelques petits foyers de ramollissement cellulaire : cancer secondaire.

OBSERVATION LVIII

(Schauta. Centralb. f. Gyn., 1907)

36 ans. — Réglée à 19 ans, trois accouchements ; dernières règles en avril 1904. Depuis, violentes douleurs dans le ventre, constipation, perte d'appétit ; depuis dix jours, pas de selle. Amaigrissement. Ventre ballonné ; estomac très dilaté ; dans les annexes droites, tumeur solide, grosse comme le poing, dure, bosselée.

Diagnostic : Cancer de l'ovaire combiné à un cancer du pylore.

Opération. — Ascite ; ablation d'une tumeur ovarique grosse comme les deux poings, non adhérente. Ovaire gauche normal, enlevé à cause de l'aspect néoplasique de la tumeur du côté droit. Au niveau du pylore, on constate un cancer gros comme une pomme avec quelques granulations, sur le péritoine voisin, et quelques ganglions hypertrophiés. Gastroentérostomie. Suites favorables.

L'ovaire droit était le siège d'un cancer cylindrique avec nombreuses mitoses. L'ovaire gauche était atrophique et c'est pour cela qu'il n'a pas été atteint, parce qu'il ne devait plus fonctionner ; et, en effet, quoique cette femme n'eut que 36 ans, elle n'avait plus de règles depuis deux ans.

OBSERVATION LIX

(Rathert, Thèse Greifswald, 1901)

37 ans ; 0 pare. — Cancer plan ou squirrhe de l'estomac. Nombreuses granulations sur l'épiploon, le Douglas. En-

37 ans ; 0 pare. — Cancer plan ou squirrhe de l'estomac.

Ovaires : Tumeurs solides avec un kyste sur la tumeur gauche. Prolifération conjonctivè intense, infiltrée de cellules cubiques, très colorées, avec, quelquefois, dégénérescence muqueuse, très semblables aux éléments trouvés sur l'estomac.

OBSERVATION LX

(Rathert, Thèse Greifswald, 1901)

Autopsie d'une femme de 36 ans, soignée pour cancer de l'estomac et du foie, ictérique. Pylore épaissi et infiltré par un cancer ; pas de métastases dans le foie qui est gros, sauf envahissement des lymphatiques portes. Nombreux noyaux sur l'épiploon. Métastases dans le poumon. Ovaires gros comme le poing, bosselés, adhérents.

Même structure sur l'estomac et les ovaires.

L'auteur pense que le cancer primitif est celui de l'estomac, les ovaires ayant pu être envahis par voie lymphatique rétrograde.

OBSERVATION LXI

(Krauss, Monat. f. Geb. u. Gyn., 1901)

22 ans. — Ovariotomie double pour tumeur maligne. Cancer ulcéré de l'estomac. Métastases péritonéales surtout dans le Douglas.

OBSERVATION LXII

(Krauss, Monat. f. Geb. u. Gyn., 1901)

67 ans. — Cancer muqueux du pylore avec infiltration de la grande courbure. Métastases dans l'épiploon, le Douglas, les ganglions mésentériques, l'utérus, les deux ovaires.

On trouve sur les tumeurs ovariques des cellules muqueuses néoplasiques semblables à celles de l'estomac ; elles sont surtout localisées à la surface de l'ovaire : en faveur de la métastase par greffe.

OBSERVATION LXIII

(Krauss, Monat. f. Geb. u. Gyn., 1901)

46 ans. — Cancer sténosant du pylore: Nombreuses métastases dans le foie ; sur la séreuse du rectum, nombreux noyaux grisâtres ; fibrome de l'utérus. Ovaires un peu gros assez durs, à surface lisse de couleur jaunâtre.

Ces deux ovaires sont cancéreux : noyaux allant de la surface à la profondeur. Cellules épithéliales de forme va-

riable : arrondies ou polygonales à noyau souvent vacuolaire, cellules réunies en boyaux ou en amas dans un stroma conjonctif jaune assez abondant.

Il existe une relation certaine entre le cancer des ovaires et le cancer de l'estomac.

OBSERVATION LXIV
(Tiburtius, Th. Königsberg, 1899)

43 ans ; VI pare. — Métrorragies depuis deux mois. Double tumeur ovarique. Cancer du péritoine. Cancer du pylore infiltrant en partie les parois de l'estomac.

Histologie.— Estomac: Epithéliome cylindrique à forme glandulaire.

Ovaires : Blancs à la coupe. Stroma conjonctif sarcomateux contenant d'innombrables cellules semblables à celles de l'estomac, groupées en forme de glandes et, parfois, dégénérescence muqueuse avec l'aspect de cellules en bagues.

OBSERVATION LXV
(Tiburtius, Th. Königsberg, 1899)

48 ans. — Depuis deux ans, règles irrégulières. Double tumeur des ovaires, de même structure que ci-dessus. Infiltration de la paroi gastrique près de la petite courbure, noyaux dans le mésentère et les ganglions.

OBSERVATION LXVI
(Sternberg, Central. f. Gynäk., 1906, n° 26)

25 ans. — Squirrhe pylorique, avec ganglions rétro-péritonéaux et cervicaux métastatiques. Tumeur de Krükenberg des ovaires.

OBSERVATION LXVII
(Kehrer, Münch. Med. Woch., 1903)

37 ans ; VIII pare. — Cancer sténosant du pylore avec ganglions le long de l'aorte. Cancer glandulaire à petites alvéoles sur l'ovaire gauche ; petit noyau cancéreux superficiel sur l'ovaire droit.

OBSERVATION LXVIII

(Kehrer, Münch. Med. Woch., 1903)

37 ans. — Diagnostic de cancer de l'estomac avec métastases sur l'ovaire gauche. Ovariotomie gauche ; ovaire droit en apparence sain est laissé.

Autopsie. — Cancer sténosant infiltré du pylore ; sur l'ovaire droit métastase superficielle grosse comme un noyau de cerise ; la même structure que le cancer gastrique : cancer glandulaire à petites alvéoles et dégénérescence muqueuse des cellules.

OBSERVATION LXIX

(Lamparter. Th. Tübingen, 1901)

42 ans. — Tumeur pylorique grosse comme une pomme; semis sur l'épiploon, le foie, le mésentère, le péritoine. Tumeur de l'ovaire gauche ; envahissement des ganglions rétropéritonéaux.

Carcinome simple de l'ovaire gauche et du pylore ; en raison de la même structure, l'auteur pense qu'il s'agit d'une métastase du cancer gastrique par voie sanguine.

OBSERVATION LXX

(Stauder, Zeitsch. f. Geb. u. Gyn., 1902, t. XLVII)

26 ans; nullipare. — Règles irrégulières depuis six mois. Cancer ulcéré du pylore ; envahissement des ganglions rétropéritonéaux. Ovaires gros comme le poing, mollasses, bosselés, œdématiés, rosés, à la coupe : type de Krükenberg.

OBSERVATION LXXI

(Papaïoannou, Monat. f. Geb. u. Gyn., 1904, t. XX)

29 ans. — Opérée il y a un an de pylorectomie pour cancer. Depuis six mois, mal réglée, douleurs abdominales. Ablation de deux tumeurs ovariennes, la gauche plus volumineuse. Guérison.

OBSERVATION LXXII

(Franz Cohn. Monat. f. Geb. u. Gyn., 1910)

39 ans multipare. — Troubles gastriques, métrorragies. Double tumeur des ovaires (type Krükenberg), de la grosseur d'une tête d'enfant ; gros ganglion vertébral, épiploon infiltré ; le cancer gastrique n'a pu être retrouvé au cours de l'opération.

OBSERVATION LXXIII

(Franz Cohn. Monat. f. Geb. u. Gyn., 1910)

36 ans ; IV pare. — Deux tumeurs ovariques, type Krükenberg, la gauche comme une tête d'adulte, la droite le double. Cancer inopérable de l'estomac, petite courbure.

OBSERVATION LXXIV

(Omori. Th. Würzburg, 1904)

35 ans ; V pare. — Règles supprimées depuis quatre mois, et violentes douleurs abdominales.

Tumeur des deux ovaires à type de fibrosarcome. Noyaux sur le péritoine, l'épiploon ; envahissement des ganglions rétrogastriques, péri-portaux, du médiastin et iliaques. Tumeur dure sur le pylore.

Histologie. — Cancer du pylore, avec même structure sur les ovaires et dégénérescence muqueuse très marquée.

OBSERVATION LXXV

(Schenk et Sitzenfrey, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., 1907, t. IX)

40 ans. — Perd du sang. Douleurs dans le ventre, dans les régions ombilicale et épigastrique et dans le dos. Depuis trois semaines, perte d'appétit, vomissement une heure après le repas, amaigrissement. Pas d'ascite, tumeur abdominopelvienne droite ; rien à l'estomac.

Opération. — Ablation d'une tumeur solide de l'ovaire droit, bosselée, grosse comme deux poings, et de l'ovaire gauche qui est gros et dur. On trouve une partie dure sur le pylore qui est considéré comme un cancer. Pylorectomie.

Histologie. — Estomac : adéno-cancer à forme alvéolaire.

Ovaires : cancer à cellules analogues à celles de l'estomac et disposition alvéolaire tout à fait semblable.

La malade guérie, revient treize mois plus tard avec des douleurs de l'anorexie, des vomissements, des métrorragies. Cancer du col vérifié par une biopsie ; les cellules cancéreuses ressemblent à celles trouvées dans l'estomac et les ovaires. Péritoine pelvien lisse. Hystérectomie. Décès quelque temps après.

OBSERVATION LXXVI

(Schenk, Prager mediz. Woch., 1907, p. 36)

40 ans ; III pare. — Adénocarcinome squirrheux ; cancer gélatineux secondaire des ovaires ; même aspect que sur l'estomac, mais dégénérescence muqueuse plus accentuée.

OBSERVATION LXXVII

(Rosenstirn, Arch. f. Klin. u. Chir., 1910, t. XCII)

35 ans. — Ictérique. Cancer du cardia ; infiltration cancéreuse des voies biliaires. Métastases dans les ganglions mésentériques et rétro-péritonéaux et le pancréas. Cancer de l'ovaire gauche. Petits noyaux cancéreux dans le Douglas.

Histologie. — Estomac : Disparition des glandes et nombreux foyers de petites cellules rondes envahissant jusqu'à la musculeuse sans la séreuse.

Ovaire gauche : Nombreux amas de cellules néoplasiques séparées par des alvéoles qui sont entourées de tissu conjonctif, épais ou mince.

Ovaire droit : Forte hypertrophie conjonctive ; pas de cancer.

Douglas : Dans le fond du cul-de-sac la séreuse est richement parsemée de petits noyaux cancéreux qui envahissent toute la séreuse épaissie et atteignent par endroits le tissu sous-séreux.

Les parois antérieure et postérieure sont aussi infiltrées.

OBSERVATION LXXVIII

(Rosenstirn, Arch. f. Klin. u. Chir., 1910, t. XCII)

56 ans. — Cancer du pylore avec envahissement des ganglions aortiques, rétro-gastriques, mésentériques et métastase dans le foie et le Douglas, où on trouve des noyaux presque invisibles à cause de leur petite taille.

Histologie. — Estomac : Carcinome envahissant les différentes tuniques jusqu'à la séreuse qui est intacte.

Ovaires : Sains.

Douglas : Les parois antérieure et postérieure sont saines. Toute la séreuse du fond du cul-de-sac est envahie par de très petites nodules cancéreux, dont les cellules sont absolument identiques à celles de la tumeur gastrique. L'infiltration cancéreuse peut être suivie jusqu'à la couche musculaire longitudinale du rectum.

OBSERVATION LXXIX

(Rosenstirn, Arch. f. Klin. u. Chir., 1910, t. XCII)

61 ans. — Cancer de la tête du pancréas, avec propagation aux ganglions aortiques, mésentériques et gastriques. La muqueuse stomacale et intestinale paraissent épaissies. Pas d'autre lésion macroscopique.

Microscopiquement. — Carcinome squirrheux de la tête du pancréas ; même type de cellules dans les ganglions.

Ovaires : Sains.

Douglas : Les parois antérieure et postérieure sont saines. Dans le fond du cul-de-sac la séreuse est infiltrée de cellules identiques à celles de la tumeur pancréatique ; toute la séreuse est envahie sans qu'il y ait des noyaux visibles à l'œil nu ; la sous-séreuse est atteinte, et on rencontre des éléments néoplasiques dans la partie la plus superficielle de la musculature rectale.

OBSERVATION LXXX

(Rosenstirn, Arch. f. Klin. u. Chir., 1910, t. XCII)

55 ans. — Cancer du pylore ; envahissement des ganglions, du foie ; petits noyaux dans le Douglas.

Histologie. — Estomac : Carcinome.

Ovaires : Sains.

Douglas : Parois antérieure et postérieure saines. Dans le fond du cul-de-sac, infiltration de toute la séreuse, mais pas d'envahissement de la sous-séreuse ni de la musculeuse rectale.

OBSERVATION LXXXI

(Kappeler, Deutsch. Zeitsch. f. Chir., Bd. 64, p. 283)

37 ans. — Malade depuis un an et demi. Stase alimentaire. Pas d'acide chlorhydrique, présence d'acide lactique. Pylorectomie pour adéno-cancer le 2 juillet 1892. Ganglions infiltrés dans le grand et le petit épiploon. Un an et demi après, cancer de l'ovaire et du rectum.

Le 4 avril 1894, ovariotomie et colostomie iliaque. La malade se remet pendant quatre mois, puis meurt cachectique.

Schnitzler pense qu'il s'agit d'une tumeur métastatique de l'ovaire et du rectum, et non d'un vrai carcinome rectal.

OBSERVATION LXXXII

(Kelling, Arch. f. Klin. Chir., Bd. 75)

Il s'agit d'un homme opéré de pylorectomie pour cancer; un an après on dut extirper une tumeur rectale carcinomateuse, haut située. Quelques mois après, métastase hépatique, ictère, décès.

Schnitzler pense que le cancer rectal doit être une métastase de la tumeur gastrique.

OBSERVATION LXXXIII

(Payr, Arch. f. Klin. Chir., Bd. 75)

Malade atteinte en même temps de sténose pylorique et rectale ; on sentait des noyaux indurés dans le creux épigastrique et dans le rectum. Colostomie. La malade meurt de péritonite.

A l'autopsie : Carcinome de l'estomac avec infiltration carcinomateuse périrectale métastatique ayant déterminé

un sténose rectale. Avant l'intervention, l'infiltration rectale avait été considérée comme une affection inflammatoire des annexes propagée à la paroi antérieure du rectum.

OBSERVATION LXXXIV

(Toyosumi, Virchows. Arch., Bd. 191)

Cancer de l'estomac et carcinome du rectum. Mais l'autopsie montre que ce carcinome est une tumeur métastatique sténosante du rectum, qui n'avait jamais encore été décrite, dit Toyosumi. Voici la description qu'il en donne:

Muqueuse rectale intacte ; environ à 5 centimètres au-dessus de l'anus, le rectum est entouré d'une couche blanc jaunâtre, dure, épaisse de 2 centimètres, qui l'étrangle circulairement.

Le cancer de l'estomac développé dans la sous-muqueuse, la musculeuse et la séreuse laissent la muqueuse intacte; dans le rectum, l'infiltration métastatique siège seulement dans la sous-muqueuse, la musculeuse et la séreuse.

CHAPITRE III

Etiologie, Fréquence

Dans sa thèse (Paris, juin 1911), le seul travail d'ensemble qui ait paru jusqu'à présent, Metzger a réuni 219 cas de cancer de l'estomac avec coexistence de tumeurs ovariennes ; sur ces 219 observations, une quinzaine à peine ont été publiées par des auteurs français. A en juger par cette statistique, il semblerait que les cancers des ovaires secondaires à des cancers de l'estomac sont relativement assez fréquents, surtout si l'on songe qu'il y a à peine quelques années qu'on pense à les rechercher. Mais un assez grand nombre de cas rapportés par Metzger sont très douteux ; souvent les examens histologiques ou les autopsies font défaut ; parfois, après l'examen microscopique des deux tumeurs, les auteurs concluent, fort justement d'ailleurs, que le cancer ovarien est nettement indépendant du cancer digestif ; dans d'autres cas, enfin, seule, la tumeur ovarienne a été constatée, et d'après quelques troubles digestifs, on a conclu à la présence d'une néoplasie gastrique. Or, nous savons très bien que toute lésion des organes génitaux de la femme, s'accompagne souvent de troubles gastro-intestinaux qui, parfois, sont le premier symptôme de l'affection annexielle.

Si à la statistique de Metzger nous enlevons tous ces cas douteux, le nombre des observations permet-

tant de conclure nettement à la métastase ovarienne, se trouve réduit à 25 ou 30. Sans dire que ces tumeurs pelviennes secondaires sont exceptionnelles, étant donné le peu de cas certains, nous pouvons conclure qu'elles sont assez rares, peut-être parce qu'on ne les recherche pas suffisamment.

Si l'on veut établir dans quelle proportion les cancers de l'estomac causent ces envahissements pelviens, on se heurte à une autre difficulté ; en effet, les lésions ovariennes et péritonéales peuvent ne pas être macroscopiques, mais seulement microscopiques, comme l'ont montré Schenk, Sitzenfrey et Rosenstirn ; or, à moins d'étudier spécialement la question, comme ces trois auteurs, dans une autopsie pour cancer gastrique, on se borne généralement à constater l'absence de tumeur pelvienne macroscopiquement perceptible. Dittrich, sur 160 cancers de l'estomac, n'a trouvé qu'un cancer de l'ovaire ; Brinton, sur 431 cancers gastriques rapporte six fois des tumeurs ovariennes ; Lange, quatre fois pour 587 néoplasmes de l'estomac ; Borrmann, 2 sur 70 ; Eulenbourg dit que les métastases existent dans 1 p. 100 des cas. Jusqu'à preuve du contraire, ces chiffres nous paraissent bien au-dessous de la vérité. A une époque plus récente, (1906), Leriche ne rapporte-t-il pas 14 cas de cancers ovariques coïncidant avec des cancers de l'estomac ou se développant après la gastrectomie ? Tout récemment, enfin, après avoir examiné microscopiquement le cul de sac de Douglas de 15 cancéreux, Rosenstirn a constaté cinq fois la présence d'une infiltration cancéreuse du péritoine, — neuf fois la tumeur primitive siégeait sur l'estomac.

Mais c'est surtout l'étude inverse, c'est-à-dire la recherche du cancer gastrique, en présence d'une tu-

meur bilatérale ou non, des ovaires qui nous donne des chiffres intéressants. Lockyer, sur 79 cas, rassemblés par lui, de cancer des deux ovaires, a rencontré 61 fois la coexistence d'un cancer de l'estomac et seulement 6 cancers isolés de l'ovaire. Engelhorn, pour 80 tumeurs malignes des ovaires, en note 13 coïncidant avec des cancers de l'estomac ; Fromme signale, sur 19 cancers bilatéraux opérés, 4 morts dues à des néoplasmes gastriques. Schlagenhaufer, dans une statistique portant sur 82 observations de cancer des deux ovaires, trouve 54 fois la coexistence d'un cancer de l'estomac ; Gobiet a pu trouver 126 fois une tumeur gastrique sur 150 observations ; enfin, plus récemment, Metzger, sur 283 observations de cancer ovarien, a rencontré 219 cancers de l'estomac. D'après ces trois séries d'observations, il résulte que dans 75 à 80 0/0 des cas de tumeur bilatérale des ovaires, il existe un cancer de l'estomac, ce qui ne veut pas dire, et pour les raisons que nous avons données plus haut, que dans tous les cas la tumeur ovarienne soit une métastase de la tumeur gastrique.

L'âge des malades atteints de ces cancerts pelviens secondaires est très variable, depuis 15 ans jusqu'à 69 ans. Chez l'homme, ces affections sont les plus fréquentes entre 35 et 50 ans, c'est-à-dire à l'âge le plus favorable au développement de tout cancer ; il n'y a donc aucune particularité. Il en est tout autrement chez la femme ; l'étude des observations nous montre une progression croissante jusqu'à 40 ou 45 ans, et une progression décroissante après cet âge. D'après Metzger, on trouve :

Avant 20 ans	8	observations
De 21 à 30 ans	43	—
De 31 à 45 ans	93	—
De 46 à 60 ans	62	—
Au delà de 60 ans	13	—

Nous avons donc 144 observations avant 45 ans, c'est-à-dire pendant la période où la vie génitale est encore en pleine activité, et 75 observations après cet âge.

Remarquons que beaucoup de femmes sont encore réglées après 45 ans ; nous pouvons donc dire que le développement de ces métastases ovariennes semble exiger un ovaire sain ou, du moins, en pleine activité physiologique ; les cas de tumeur après la ménopause sont peu fréquents. Les statistiques de Schlagenhaufer sont peut-être encore plus probantes :

1	cas avant	17 ans
1	—	18 —
3	—	20 —
8	—	25 —
6	—	35 —
4	—	40 —
15	—	45 —
8	—	50 —

3 de 50 à 61 ans.

Il semblerait aussi que les multipares sont beaucoup plus atteintes que les primipares ou les nullipares ; Metzger relève 10 nullipares, 8 primipares, 63 multipares et 9 femmes enceintes ou ayant récemment accouché.

Toutefois, on ne peut tirer qu'une seule conclusion de ces statistiques, dans lesquelles sont rassemblés, pêle-mêle, les cas où il y a simple coexistence des deux tumeurs, et ceux où il y a réellement métastase; on rencontre surtout des métastases pelviennes de cancers gastriques chez des femmes relativement jeunes, et encore très bien réglées.

Les métastases rectales, se rencontrent presque exclusivement chez l'homme ; seuls, les cas de Payr

Kappeler et une observation de Schnitzler, concernent des femmes ; on n'a, d'ailleurs, encore qu'une vingtaine d'observations dont 10 dues à Schnitzler.

Une question intéressante se pose au sujet de ces métastases pelviennes ; le péritoine du Douglas est-il atteint plus souvent et plus tôt que les ovaires ? Ou bien n'est-il envahi que secondairement ? Rosenstirn a examiné méthodiquement au microscope le péritoine du Douglas dans 15 autopsies de cancéreux (7 hommes et 8 femmes). La tumeur primitive siégeait 9 fois à l'estomac, 3 fois au foie ou voies biliaires, 1 fois au pancréas, 2 fois au poumon. Dans un tiers des cas (5 fois sur 15), Rosenstirn a constaté la présence d'une infiltration cancéreuse du péritoine dans le fond du cul de sac de Douglas ; tous ces cas concernaient des femmes.

Examinant en même temps les ovaires, il a trouvé un seul cas où il y eut métastase cancéreuse. Si à ces expériences on ajoute la constatation suivante : jamais on n'a observé l'envahissement des ovaires sans qu'il y eut simultanément des noyaux métastatiques dans le cul de sac du Douglas, on peut conclure que ces métastases dans le cul de sac recto-vaginal sont plus fréquentes et plus précoces que celles de l'ovaire.

CHAPITRE IV

Anatomie pathologique

Au point de vue anatomo-pathologique, les tumeurs du cul de sac du Douglas et du cul de sac vésico-rectal chez l'homme, ne présentent rien de particulier ; leur structure reproduit assez nettement le type de la tumeur gastrique, et tous les auteurs admettent qu'elles ne sont que des métastases du néoplasme de l'estomac. Nous nous occuperons donc surtout, dans ce chapitre, des tumeurs ovariennes.

Trois questions se posent :

1° Les tumeurs gastriques et ovariennes sont-elles indépendantes, et s'agit-il de deux tumeurs primitives ?

2° La tumeur gastrique est-elle secondaire au cancer ovarien ?

3° Le cancer des ovaires est-il secondaire au cancer de l'estomac ?

Avant de discuter ces trois propositions, nous devons faire remarquer que les signes cliniques ne nous seront d'aucune utilité. En effet, le cancer gastrique évolue très lentement, bien souvent insidieusement ; les symptômes physiques et fonctionnels n'apparaissent parfois que lorsque la tumeur date de plusieurs années ; si même le cancer ne siège pas au niveau du pylore, ces symptômes indispensables au

diagnostic peuvent ne jamais apparaître. Constatons encore, que ces symptômes gastriques peuvent être attribués à des accidents réflexes dus à une légion génitale. Au contraire, la tumeur ovarienne évolue, en général, beaucoup plus rapidement, avec ascite, douleurs abdominales, aménorrhée ou métrorragie, de telle sorte que la lésion génitale est au premier plan et que la lésion gastrique passe inaperçue.

De toute façon, il est cliniquement impossible de déterminer quelle affection a débuté.

Souvent, dans les observations, nous voyons apparaître un cancer de l'estomac après l'ovariotomie pratiquée quelques mois, quelques années auparavant ; et réciproquement, un cancer des ovaires survient plus ou moins longtemps après une gastrectomie pour cancer. Il est évident qu'on ne peut conclure que, dans le premier cas, la tumeur gastrique est secondaire et, dans le second, c'est la tumeur ovarienne qui est une métastase du cancer de l'estomac. Au moment de l'intervention des lésions existaient déjà sur l'organe qui, cliniquement, paraissait sain; mais durant l'opération on n'a pas fait un examen précis de cet organe. Aurait-on pratiqué cet examen, il serait encore impossible de conclure, car les lésions pouvaient être seulement microscopiques.

Enfin, dans quelques cas, c'est ce qui s'est produit chez notre femme (observation 2), ces cancers sont des découvertes d'autopsie ; rien ne peut alors nous éclairer si ce n'est l'examen histologique.

Il est donc indispensable d'envisager les trois questions que nous nous sommes posé sur le terrain anatomo-pathologique.

Tous les auteurs, français et allemands, sont d'accord pour admettre que le cancer de l'estomac est primitif, parce que le cancer secondaire de l'estomac

est très rare, et que lorsqu'on le rencontre il ne présente jamais l'aspect classique que nous avons trouvé dans toutes les observations publiées. En effet, tous nos cancers sont des épithéliomes, ce qui n'est pas extraordinaire puisque les sarcomes sont des raretés; nous avons rencontré les trois types d'épithélioma : *typique,* c'est-à-dire qui conserve l'aspect général de la muqueuse et est caractérisé par une prolifération abondante du tissu normal, les dispositions glandulaires étant conservées, c'est l'adénome malin de quelques auteurs ; *métatypique* où la forme des cellules est conservée, mais où ces cellules sont désordonnées, avec ou sans cavité centrale ; *atypique* qui présente des aspects très variables, avec des cellules disséminées ou groupées en amas dans les différentes assises constituant la paroi gastrique ; ces amas de cellules se rassemblent parfois dans des loges constituées par le stroma conjonctif ; on a alors le *cancer alveolaire* de certains auteurs. Enfin, d'après les réactions différentes du tissu avoisinant les amas de cellules néoplastiques, on a deux aspects bien déterminés de ces cancers atypiques : ce sont la *linite plastique* et le *squirre,* formes que nous trouvons très souvent.

Donc, ici, l'anatomie pathologique nous permet de conclure sûrement que le cancer de l'estomac est un cancer primitif.

D'après nos observations on a vu que les tumeurs de l'ovaire se présentaient suivant des aspects bien différents, parfois assez analogues à celui que donne le carcinome primitif de l'ovaire. Cependant, d'après les Allemands, il est une forme de cancer particulière et nettement caractérisée qui se retrouve souvent, ou du moins qu'ils retrouvent souvent, car beaucoup d'auteurs français en nient l'individualité ; c'est la

tumeur décrite en 1899 par Krukenberg, sous le nom de Fibrosarcoma ovarii mucocellulare (carcinomatodes).

Ces tumeurs sont toujours bilatérales, soit qu'il y ait développement simultané de deux tumeurs identiques dans les deux ovaires, soit qu'il y ait contagion d'un ovaire à l'autre. Certains auteurs admettent cette dernière hypothèse à cause de la différence considérable entre le volume des deux tumeurs, et parce qu'ils ont pu voir sur un ovaire une tumeur à un stade beaucoup plus avancé que sur l'autre. Tantôt la forme générale de l'ovaire est conservée et, suivant l'expression de Ziembiki, on se croirait en présence d'un ovaire démesurément agrandi, tantôt la tumeur est irrégulière, bosselée avec, parfois, des parties ramollies ou même kystiques. Le néoplasme, du moins au début est encapsulé, la surface est lisse, blanchâtre, rosée ou même rougeâtre. Le volume moyen est celui d'un poing d'adulte, mais il atteint parfois celui d'une tête d'enfant, et, dans ce cas, le néo s'extériorise du bassin et devient abdominal. Ces tumeurs sont mobiles, plongeant dans l'ascite qui les accompagne souvent ; ce n'est que tardivement qu'elles contractent des adhérences avec les organes voisins.

A la coupe, au milieu d'une masse dure, on voit des zones ramolies, parfois kystiques, de coloration blanc-jaunâtre.

Ces tumeurs sont très riches en tissu conjonctif, donnant parfois l'aspect du sarcome. L'albuginée de l'ovaire est épaissie ; de sa face profonde se détachent des bandelettes fibreuses, qui, accompagnées de vaisseaux, s'enfoncent dans l'intérieur de la tumeur, délimitant ainsi entr'elles des fentes remplies par un tissu cellulaire beaucoup moins dense ; en

différents points, irrégulièrement disséminées au milieu des autres éléments de la tumeur, on aperçoit des îlots de cellules, souvent disposées en demi-cercles. Les unes à protoplasma clair dégénéré, difficilement visible sont rondes ou polygonales et vacuolaires ; le noyau est refoulé à la périphérie donnant à la cellule un aspect caliciforme ; c'est la cellule en bague (Siegelringforming) de Krukenberg ; ce sont des cellules épithéliales très atypiques, ou cellules épisthélioïdes ayant subi la dégénérescence muqueuse. Ces éléments représentent peut-être le début de la métastase, le tissu fibrosarcomateux environnant étant dû à la réaction ovarienne. Les autres, plus petites à protoplasma sombre sont groupées tantôt en rangées uniques, tantôt en images reproduisant assez bien les acinis glandulaires.

Ce type de tumeur, classique en Allemagne, n'a pas été décrit par Krukenberg comme tumeur secondaire. Mais, au moment de la description, en 1899, on ne connaissait pas les cancers de l'ovaire secondaires à des cancers d'organes abdominaux ou thoraciques.

Depuis 1899, la plupart des auteurs allemands ont rencontré ce type de tumeur dans les ovaires lorsqu'il existait en même temps un autre cancer dans l'organisme ; il y a, par contre, très peu d'observations où ils puissent affirmer l'existence de cette tumeur comme cancer primitif. Il en résulte qu'on admet en Allemagne que la tumeur de Krukenberg est une tumeur secondaire, à tel point que, lorsqu'on la rencontre, même en l'absence de tout signe clinique, on doit chercher le cancer primitif dans un autre organe. Metzger rapporte d'ailleurs des observations, où, sans aucun symptôme en présence de tumeur de Krukenberg, on a cherché et trouvé un cancer primitif de l'estomac.

Au point de vue histologique, Krauss admet que ces tumeurs de Krukenberg sont des cancers squirrheux de l'ovaire ; l'aspect un peu spécial des cellules tient à la dégénérescence muqueuse des cellules épithéliales et, ce qui rappelle le squirrhe, c'est l'abondance du tissu conjonctif ; c'est spécialement avec le cancer squirrheux du pylore quelquefois latent qu'on les voit surtout apparaître. Cette abondance de tissu conjonctif explique aussi les dénominations de fibrosarcomes, de sarcomes muco-cellulaires, carcinomateux.

Mais les tumeurs ovariennes ne présentent pas toujours ce type presque schématique ; et il est parfois bien difficile, dans le cas de cancer alveolaire de l'ovaire coexistant avec un cancer alveolaire gastrique, ou dans le cas d'une métastase d'épithéliome avec réaction scléreuse très marquée, qui donne parfois l'aspect de l'endothéliome ou du sarcome, de dire si on se trouve en présence d'une tumeur primitive ou secondaire ; ne lisons-nous pas dans une observation de Gouilloud, la conclusion suivante : « On peut aussi bien penser à une tumeur primitive de l'ovaire qu'à un carcinome secondaire à un cancer de l'estomac. »

Billroth, pour affirmer que deux tumeurs développées simultanément dans l'organisme, ne présentent entre elles aucun rapport, demandait les trois conditions suivantes :

1° Point de départ distinct des tumeurs ;
2° Structure histologique différente ;
3° Métastases différentes.

Mais actuellement, de nouvelles idées ont été émises, qui ont détrôné la conception simpliste de Billroth. Il semble maintenant que la structure du cancer peut varier sous diverses influences ; ainsi, la pré-

sence sur un organe, même primitivement sain, d'éléments néoplasiques, peut provoquer une réaction des tissus voisins ; leur prolifération constitue une tumeur secondaire dont le type peut différer de celui de la tumeur primitive. C'est par une conception de ce genre que Meriel rapproche les endothéliomes des épithéliomes.

Voici, d'ailleurs, les idées du professeur Tripier, sur la généralisation des tumeurs, idées exposées dans son *Anatomie pathologique*. Suivant lui, il n'y aurait pas de généralisation à proprement parler, c'est-à-dire que le noyau dit de généralisation ne serait pas dû au transport d'éléments cellulaires de la tumeur primitive, mais proviendrait de l'impression des cellules de l'organe, siège de la soi-disant métastase, par le liquide plasmatique issu de la tumeur primitive, ce qui explique que les métastases ressemblent en général à la tumeur primitive, mais permet, en même temps, de concevoir qu'il puisse y avoir, comme cela s'observe souvent, de notables différences entre les deux. Et M. Tolot, qui a pratiqué l'examen histologique d'une tumeur intestinale et d'une tumeur ovarienne que Gouilloud considérait comme métastase de la première, ajoute :

« Autrement dit, dans votre cas, la même cause, le virus du cancer, si vous voulez, a produit des tumeurs, et suivant que le développement de la tumeur ovarienne a été plus ou moins tardif par rapport à celui de la tumeur intestinale, la constitution de cette tumeur ovarienne a été plus ou moins influencée par les produits virulents issus de la tumeur intestinale et lancés par elle dans la circulation.

Le problème posé est donc difficilement soluble par l'histologie surtout à cause de la similitude assez grande des tumeurs engendrées par les deux organes

et aussi parce que si on admet les idées de M. Tripier, il semble qu'il puisse exister toutes les transitions entre la simultanéité des deux tumeurs et la soi-disant métastase de l'une par l'autre. »

Comme Tripier, Glockner dit que « les métastases ont souvent un aspect différent du cancer primitif, par suite de l'influence du terrain où elles se développent, c'est l'*anaplasie*. » Enfin, plus récemment, Metzger, dans sa thèse, rapporte le passage suivant d'un article de de Quervain : « Il est établi par la pathologie humaine et par l'expérimentation, que des tissus de caractère malin sont susceptibles d'inciter les tissus voisins à subir une transformation analogue. Le plus souvent c'est le tissu conjonctif qui devient sarcomateux dans le voisinage du tissu cancéreux et qui finit même parfois, après un certain nombre de passages expérimentaux, par supprimer complètement ce dernier. »

Il semble donc, au point de vue anatomo-pathologique qu'il est impossible d'affirmer qu'une tumeur ovarienne est primitive ou secondaire, et que suivant l'interprétation d'un auteur ou d'un autre, il y a métastase ou non.

Prenons, par exemple, l'observation 9, empruntée à Laroyenne et Bosquette ; ces deux auteurs concluent avec Bériel qui a fait l'examen histologique des neoplasmes, que la tumeur ovarienne ne provient pas de greffes émanées du cancer de l'estomac à cause du type nettement ovarien de la tumeur pelvienne.

Mais Tripier répond : « Il se produit sous l'influence de la néoplasie gastrique une excitation humorale du tissu ovarien qui réagit alors selon un type hyperplasique propre à la glande génitale. »

Peut-être cette différence de structure entre les

deux noyaux gastriques et ovariens tient surtout à ce fait que les deux tumeurs se développent sur des organes aussi différents que l'ovaire et l'estomac. Il est à remarquer que d'une manière générale, le développement des noyaux secondaires dans un organe se fait d'autant mieux, avec des caractères d'autant plus conformes à ceux de la tumeur primitive que la structure de l'organe secondairement atteint se rapproche davantage au moins dans les points envahis de celle du tissu qui a dû donner naissance à la tumeur primitive.

Nous ne voulons pas nier l'existence simultanée de cancers primitifs de l'ovaire et de l'estomac, complètement indépendants l'un de l'autre. En effet, aucune des observation françaises antérieures à 1910 ne permit d'affirmer l'existence du cancer métastatique de l'ovaire. En 1907, Gouilloud dit au sujet des observations 10 et 11 : « Nous avons eu la surprise, nous pourrions dire la déception, que les histologistes très compétents à l'obligeance de qui nous devions nos examens ont admis au contraire l'indépendance des tumeurs, ou n'ont pas osé se prononcer sur leur filiation ». En 1910, Bériel écrit dans les *Eléments d'anatomie pathologique* : « Les tumeurs secondaires des ovaires sont tout à fait exceptionnelles, si tant est qu'elles existent ; on observe parfois des ovaires cancéreux avec tumeurs malignes d'une autre organe, l'estomac par exemple ; il est probable qu'il s'agit dans la plupart des cas de cancers simultanés. »

En Allemagne, seuls Bircher, Sternberg et Sturzenegger admettent qu'en cas de coexistence de tumeurs ovariennes et gastriques, ces tumeurs sont en général indépendantes l'une de l'autre.

Sans être aussi exclusifs que les auteurs alle-

mands, qui, chaque fois qu'ils rencontrent une tumeur de Krukenberg, ou se rapprochant de ce type, en même temps qu'un cancer primitif de l'estomac, admettent que la tumeur ovarienne est une métastase de la tumeur gastrique, avec Walther, Hartmann et Metzger nous pensons que lorsqu'il y a identité de structure entre la tumeur gastrique, nettement primitive, d'une part, et la tumeur ovarienne et les autres noyaux qui peuvent exister sur divers organes, d'autre part, on doit considérer le cancer des ovaires et des différents organes comme secondaires au cancer gastrique.

Dans notre observation (2), nous avons affaire à un carcinome atypique de l'estomac, avec noyaux dans le foie, la rate, l'épiploon, le Douglas, les ganglions, et à un cancer double des ovaires offrant nettement le type du squirrhe. Il résulte de l'examen histologique, qu'il y a identité parfaite du type cellulaire épithélial rencontre dans ces différentes tumeurs ; le cancer gastrique est primitif, la double tumeur ovarienne, et les autres noyaux, sont donc des métastases du néoplasme de l'estomac. Notons en passant que nos deux tumeurs ovariennes répondent assez exactement au type de Krukenberg. Un autre fait est intéressant dans notre cas : c'est que la plupart des nodules cancéreux de l'ovaire sont périphériques, immédiatement superficiels, reposant sur la substance corticale de l'ovaire ; nous reviendrons sur cette particularité dans le chapitre suivant.

Si, au point de vue microscopique, les tumeurs secondaires du péritoine pelvien ne présentent aucune particularité de structure, il n'en est pas de même si on le considère quant à leur forme et à leur distribution. En général, ce sont des noyaux plus ou moins volumineux, pouvant atteindre le volume

d'une mandarine, analogues aux granulations cancéreuses du péritoine abdominal, de forme sphérique, à surfasse lisse, mamelonnée, adhérant à la séreuse par une large surface d'implantation, autour de laquelle s'est développé un tissu réactionnel fibro-conjonctif, dernier vestige de la lutte de la séreuse péritonéale contre les cellules cancéreuses. Ces nodules secondaires sont beaucoup plus abondants et plus volumineux dans le fond du cul de sac que dans ses parois latérales et lorsqu'on rencontre une grosse masse, c'est toujours à la partie la plus déclive qu'elle se trouve. Cependant, bien souvent, d'après les dernières recherches de Rosenstirn, la séreuse paraît macroscopiquement saine, la métastase ne se manifeste que par une infiltration diffuse du péritoine, sans aucun noyau, et est décédée seulement par l'examen microscopique. Dans certains cas, au début, on ne constate même pas un épaississement de la séreuse.

A la partie postéro inférieure du bassin, recouvert en avant par le feuillet postérieure du cul de sac de Douglas, se trouve le rectum ; une greffe cancéreuse en ce point du péritoine peut par extension progressive envahir cette portion de l'intestin. Le fait a été constaté par Chiari, Payr, Kelling, Toyosumi, Kappeler ; Schnitzler a étudié ces métastases rectales, bien souvent confondues avec un cancer primitif du rectum. Cette tumeur secondaire d'aspect assez caractéristique a été décrite par Schnitzler en 1909 ; elle se présente comme une plaque dure en chaton de bague (selon son expression), infiltrant la paroi antérieure du rectum, immédiatement au-dessus de la prostate, ou à 2 à 4 centimètres plus haut, c'est-à-dire au niveau du fond du cul de sac péritonéal. Cette tumeur est fixe ou à peine mobile, elle fait saillie dans le rec-

tum dont elle diminue parfois beaucoup la lumière, au point de causer une véritable sténose. Le caractère essentiel qui la distingue des cancers rectaux primitifs, c'est qu'elle n'est jamais ulcérée ; elle ne saigne jamais ; elle paraît lisse, plate, bien polie au toucher. Ce fait s'explique facilement par le mode d'envahissement du rectum : la muqueuse est toujours intacte ; l'infiltration néoplasique qui a débuté par la séreuse péritonéale a de proche en proche envahi la couche musculaire, fibres longitudinales et fibres circulaires, et la couche sous muqueuses où le processus s'est arrêté n'atteignant même pas la muscularis mucosæ. A l'inverse de ce qui se passe dans les cancers primitifs, la progression de la néoplasie se fait de la profondeur vers la surface libre, muqueuse, de la paroi rectale. C'est ce type de tumeur que nous avons cliniquement observé chez notre malade (observation 1) ; malheureusement, nous n'avons pu contrôler notre diagnostic par l'autopsie et l'examen histologique.

Avant de terminer ce chapitre, nous devons faire une remarque sur laquelle nous reviendrons plus loin ; c'est que bien souvent on ne constate pas de lésions macroscopiques sur l'ovaire ; il ne faut pas conclure à l'absence de métastase ; et Sitzenfrey et Schenk (observations 45 et 46) ont bien insisté sur ce fait, que des ovaires paraissant sains sont bien souvent le siège d'une infiltration cancéreuse que seul le microscope peut déceler.

CHAPITRE V

Pathogénie

Nous avons admis l'existence de cancers pelviens secondaires à des cancers de l'estomac ; nous devons chercher comment se fait la propogation. Si on a pu trouver quelques observations où les cancers sont localisés sans lésions du péritoine et des ganglions lymphatiques, ou même avec lésions seulement du péritoine ou des ganglions dans la grande majorité des cas le processus néoplasique envahit à la fois les ovaires, le Douglas, le péritoine abdominal et les ganglions. Dans ce cas, trois hypothèses sont en présence :

1° Il y a infection par voie sanguine ;

2° Par voie lymphatique ;

3° Il y a greffe directe sur l'ovaire de cellules cancéreuses tombées dans la cavité péritonéale ; c'est la voie séreuse (Impfimplantation des Allemands). La voie sanguine artérielle ou veineuse rétrograde conforme à l'ancienne théorie capillaire de Virchov n'est plus admise, car elle n'explique pas la prédilection des métastases pour les ovaires et le Douglas. De plus, comme le fait remarquer Rosenstirn, on n'a jamais signalé de métastases semblables dans le testicule.

Sans preuves démonstratives, du fait que les gan-

glions sont envahis en même temps que le péritoine, ou bien sont seuls envahis, certains auteurs parmi lesquels Kehrer, Kaul, Schmorl, Glockner, Pfannenstiel, Sternberg, admettent la théorie de l'infection lymphatique rétrograde ; la métastase s'explique parce que les lymphatiques de l'estomac vont aux ganglions rétro-péritonéaux, les ganglions rétrogastriques communiquent avec les ganglions lombaires supérieurs où arrivent les lymphatiques de l'ovaire. Le fait de trouver des cellules cancéreuses dans ces lymphatiques peut très bien s'expliquer aussi par un envahissement secondaire. Cette théorie lymphatique n'explique pas du tout la prédisposition remarquable des ovaires pour ces métastases ; elle n'explique pas non plus la bilatéralité presque constante des tumeurs ovariennes, ni la disposition souvent périphérique tout à fait superficielle des nodules cancéreux ovariens, disposition que nous avons d'ailleurs rencontrée dans notre observation 2. Ces arguments s'appliquent aussi à la théorie d'infection par voie sanguine. Enfin, et c'est la principale objection, la théorie lymphatique n'explique nullement les noyaux ou l'infiltration cancéreux du Douglas, et surtout le plus grand volume et le plus grand nombre des nodules cancéreux dans le fond de ce cul de sac. Rosenstirn a montré que souvent il y avait une simple infiltration de la partie la plus déclive du Douglas, sans autre métastase, ovarienne, péritonéale, lymphatique. La précocité, la prédominance de la métastase dans cette partie du péritoine excluent l'envahissement par voie lymphatique rétrograde.

Reste la théorie de l'infection par la voie séreuse, c'est celle qui est généralement admise, après Krauss, qui en est l'auteur ; les éléments de contagion du cancer provenant de la tumeur gastrique, quels qu'ils

soient, arrivés à la surface de la séreuse péritonéale, glissent tout naturellement entraînés par leur propre poids et au fond du cul de sac péritonéal viennent se greffer au point le plus déclive, sur les deux organes qui, à ce niveau, font saillie dans l'intérieur du péritoine. Krauss avait émis cette théorie à la suite des constatations suivantes : examinant plusieurs tumeurs bilatérales des ovaires, dans la plus petite tumeur, c'est-à-dire la plus récente, il avait constaté que le centre de l'ovaire était intact et que les lésions débutaient à la périphérie pour gagner ensuite la profondeur de l'organe, les éléments les plus profonds étant les plus jeunes.

Quelque temps après, Lubarsch apporte une observation démonstrative : il s'agit d'un cancer primitif de l'estomac avec cancer secondaire du foie, de l'ovaire et de la trompe du côté droit. L'hypothèse de propagation par voie lymphatique est éliminée parce qu'il n'y a pas de lésion des ganglions abdominaux. En faveur de la théorie de Krauss, il y a : 1° le fait de la perforation gastrique par le cancer ; 2° le fait que la trompe et l'ovaire droit étaient attirés dans le Douglas par des brides de péri et paramétrite et pouvaient être atteints par des cellules cancéreuses tombées dans le Douglas ; au contraire, l'ovaire gauche était recouvert d'adhérences conjonctives qui le protégeaient complètement, et il n'a pu s'y faire de greffes.

Plusieurs ordres de faits peuvent expliquer la localisation de la métastase sur les ovaires, et l'atteinte parfois exclusive de cet organe, le péritoine étant macroscopiquement sain.

D'abord, l'expérimentation : Au congrès de Kiel, Amann a rappelé ses expériences faites douze ans auparavant : il injectait de l'encre de Chine dans la

cavité abdominale de chiennes ou de souris; en même temps il avait injecté dans le vagin et l'utérus de ces animaux des cultures bactériennes stérilisées pour provoquer de la leucocytose. Il avait remarqué que les ovaires étaient beaucoup plus imprégnés que tous les autres organes par les grains d'encre de Chine. Plus tard, Krauss injecte de même de l'encre de Chine dans le péritoine de chienne et trouve que les grains viennent se fixer sur l'épithélium germinatif des ovaires entre les cellules et même dans les cellules épithéliales. Les éléments cancéreux peuvent faire de même.

Wolfeim, après de nombreuses expériences, croit au contraire pouvoir affirmer que l'épithélium germinatif des ovaires intact ne laisse pas pénétrer les grains d'encre de Chine, et que par conséquent l'invasion de l'ovaire par sa superficie n'est possible qu'à la suite des lésions dues à la rupture des follicules clos, au moment de l'ovulation.

Polano refaisant les mêmes expériences a démontré que le rôle de défense prêté à l'épithélium ovarien est illusoire. Les grains d'encre cheminent librement entre les cellules épithéliales, sans être englobées par les leucocytes; des bactéries vivantes font de même.

Ces expériences ont été reprises sur des ovaires humains en activité sexuelle, fraîchement enlevés au cours d'une opération gynécologique, et plongés dans une solution d'encre de Chine et de sérum physiologique. Les mêmes résultats ont été obtenus. Toutefois, la pénétration des grains d'encre n'a lieu qu'en des points déterminés, tandis qu'au contraire l'endothélium péritonéal absorbe avec la plus grande facilité ; la perméabilité de l'épithélium ovarien est donc beaucoup plus faible.

Mais périodiquement, la rupture des follicules pro-

duit à la surface de l'ovaire une plaie physiologique, véritable porte d'entrée ouverte à l'élément cancéreux qui suffit à rendre superflu le rôle protecteur de l'épithélium. Cette plaie superficielle explique très bien la disposition périphérique, au début, des nodules cancéreux. (Dans l'observation 2, nous avons trouvé des cicatrices de corps jaune à la base d'un de ces noyaux.) La riche vascularisation fonctionnelle de l'ovaire, au moment des règles, est très favorable à la dissémination et au développement d'une tumeur secondaire.

La statistique vient confirmer ces faits ; c'est en effet presque uniquement pendant la période où la vie génitale est encore en pleine activité qu'on rencontre ces métastases ovariennes ; elles sont rares après la ménopause. La greffe néoplasique semble donc exiger pour se produire un ovaire sain ou tout au moins susceptible d'ovulation. Schauta a montré en effet (observation 58) qu'une glande atrophiée devient inapte à recevoir les particules cancéreuses, ou bien ne leur offre pas un terrain de développement suffisant. Dans son observation, Schauta insiste sur le fait que contrairement à la règle générale, la métastase ne portait que sur un seul ovaire et que précisément l'ovaire gauche épargné était atrophique ; il ne fonctionnait plus. Et en effet, la femme n'avait plus de règles depuis deux ans. Schauta conclut que l'éclatement du follicule à la surface de l'ovaire joue un rôle prépondérant pour la localisation du néoplasme. L'atrophie d'un des ovaires dans le cas de cancer unilatéral a été signalée par Bode, Prochownick, qui font de l'activité génitale une condition nécessaire à la greffe cancéreuse.

D'après les statistiques, au moment de la ménopause, ces métastases seraient très fréquentes ; on

sait qu'alors particulièrement les troubles physiologiques et irritatifs sont développés à la surface de l'ovaire.

Au dernier congrès de Toulouse, en septembre 1910, au sujet de l'observation de Hartmann, Dambrin explique ainsi la localisation spéciale de la tumeur sur l'ovaire : « C'est que seul de tous les organes intra-abdominaux, l'ovaire est dépourvu de revêtement séreux. Il est possible que partout ailleurs les réactions de défense si marquées du péritoine amènent la destruction des cellules cancéreuses qui ne trouvent alors pour se greffer que la surface de l'ovaire. »

Krauss avait déjà émis cette idée après avoir remarqué que tandis que les tumeurs prennent un volume considérable sur l'ovaire elles ne donnent que de petits nodules sur le péritoine qui est un mauvais terrain pour les métastases. Ces nodules sont en effet très riches en tissu fibreux et entourés de tissu conjonctif. Freund dit à ce sujet que « dans l'extirpation de néoplasmes de l'ovaire, il est impossible d'enlever complètement les noyaux voisins sur le péritoine, car tandis que leur extrémité est friable, il y a une base de réaction fibreuse qu'on ne peut exciser et qui ne saigne pas ; ces nodules ne sont pas l'origine de récidives mais restent comme de simples corps étrangers. » La vascularisation extrême de l'ovaire, la facilité avec laquelle cet organe multiplie ses vaisseaux de néoformation autour des cellules cancéreuses, comme autour de ses follicules de de Graaf en maturation, sont au contraire autant de conditions favorables au développement de la greffe.

Sternberg dit que la théorie de Krauss est peu plausible à cause de l'éloignement des ovaires et de l'estomac ; Schauta répond alors que l'éloignement des

organes n'a rien à faire : on admet bien que certaines affections de l'estomac et de la vésicule peuvent créer des périmétrites ; si cela est possible sans participation des régions intermédiaires du péritoine, il ne faut pas en douter pour les métastases par greffe.

Glockner et Pfannenstiel objectent à Krauss que si son hypothèse est soutenable dans le cas de tumeur gastrique ayant perforé la séreuse, il n'en est pas de même lorsque le cancer développé aux dépens de la muqueuse n'envahit que les couches sous-muqueuse et musculeuse, ce qui se produit souvent dans les squirrhes et les linites, tumeurs qu'on rencontre le plus fréquemment. Krauss répond qu'il n'est pas nécessaire que la tumeur ait macroscopiquement envahi la séreuse ; il suffit que des boyaux cancéreux microscopiques infiltrant les tuniques de l'organe le long des vaisseaux lymphatiques et des fentes du tissu cellulaire, viennent affleurer la séreuse pour que des cellules néoplasiques puissent se détacher et tomber dans la cavité péritonéale.

Ces cellules néoplasiques par leur propre poids et aidées par les mouvements continus des intestins et de l'épiploon vont tomber dans le fond de la cavité péritonéale, dans le Douglas et sur les ovaires. Il n'y a plus alors aucune cause de mouvement, elles se fixent et déterminent des greffes cancéreuses. Au rôle de la pesanteur, Schenk et Sitzenfrey ajoutent celui de l'épiploon, dans lequel ils ont pu suivre le chemin de la métastase (observation 45). L'épiploon cancéreux était adhérent à l'ovaire cancérisé ; ils ont pensé à une propogation directe par l'épiploon, ce dernier étant envahi soit directement soit dans ses lymphatiques.

En faveur de la théorie séreuse, Gangolphe de Lyon a signalé les faits suivants : cliniquement, il aurait

observé des malades chez lesquels on constatait la coexistence d'un néoplasme de l'estomac et d'un néoplasme de la prostate.

Si l'hypothèse de la greffe des cellules cancéreuses libres dans la cavité péritonéale est exacte, ces cellules obéissant aux lois de la pesanteur doivent tomber dans les parties déclives de la séreuse abdominale et s'y fixer, donnant naissance à des tumeurs secondaires du cul de sac de Douglas et par propagation de voisinage du rectum. Nous avons vu que ces métastases existaient et même que d'après Rosenstirn les tumeurs secondaires du Douglas sont toujours plus fréquents et plus précoces que celles de l'ovaire. L'existence de ces métastases avait déjà été prévue par Virchow, qui compare les cellules cancéreuses à des graines qu'on aurait semées qui germeraient et prendraient racine. La disposition des nodules néoplasiques, décrite dans le chapitre précédent, le fait que dans certains cas, seul le fond du cul de sac est infiltré, tandis que ses parois latérales sont saines, l'existence de lésions microscopiques dans cette partie la plus déclive, alors que les ovaires sont sains, confirment la théorie de l'implantation et le rôle de la pesanteur, et excluent l'idée de propagation par voie lymphatique et sanguine.

Rosenstirn a observé ces métastases dans le Douglais sans qu'il existât aucune lésion des vaisseaux ou ganglions lymphatiques, sans que la tumeur gastrique latente ait perforé ou même atteint macroscopiquement la séreuse ; le cancer de l'estomac était bien localisé à la muqueuse, à la sous-muqueuse et aux parties profondes de la musculeuse, l'ulcération siégeait sur la muqueuse ; Rosenstirn conclut, ce qui confirme encore l'hypothèse de Krauss, que les métas-

tases dans le Douglas peuvent se produire sans que le cancer gastrique ait perforé la séreuse.

Notre observation 2 apporte un nouvel élément, sinon de certitude, du moins de probabilité; c'était une femme jeune, 34 ans, très bien réglée avant sa maladie; la plupart des nodules cancéreux de l'ovaire étaient périphériques ; les métastases existaient dans le Douglas et sur tout le péritoine ; mais les noyaux étaient beaucoup plus abondants et plus volumineux dans le fond du cul de sac, où se trouvait une tumeur de la grosseur d'une mandarine qui comprimait le rectum. Le cancer gastrique (carcinome) n'avait pas perforé la séreuse ; mais des traînées cancéreuses ont été rencontrées à quelques μ de la surface libre du péritoine viscéral de l'estomac ; en un point de la séreuse, il existait une prolifération métastatique. De plus, l'épiploon retracté accolé à l'estomac et au mésocolon était cancérisé. Ces dispositions sont très favorables à la mise en liberté de cellules néoplasiques dans la cavité péritonéale. La voie lymphatique ou sanguine ne peut d'ailleurs expliquer les lésions bilatérales, périphériques des deux ovaires et la disposition des noyaux du Douglas.

Certains auteurs invoquant la différence de volume des deux tumeurs ovariennes et la présence d'éléments plus jeunes dans la plus petite tumeur, se sont demandé s'il n'y avait pas contagion d'un ovaire à l'autre. Cela est peu probable ; la cancérisation doit se faire directement par greffe, car même sur la tumeur la plus jeune, les nodules ont un disposition périphérique et qui est peu compatible avec une propagation d'un ovaire à l'autre par voie lymphatique ou sanguine. Il est probable que le développement moindre d'une des tumeurs est du au mauvais fonctionnement de cet ovaire qui par suite offre un

terrain moins favorable, ou à quelque ancienne lésion inflammatoire qui a pu laisser du tissu fibreux protégeant l'ovaire.

Avec la plupart des auteurs, nous pensons donc que la propagation du cancer de l'estomac dans les ovaires, le Douglas et le rectum, se fait par voie séreuse, et nous admettons entièrement la théorie de Krauss.

CHAPITRE VI

Symptômes et diagnostic

La métastase ovarienne rencontrée surtout chez les femmes jeunes, plus souvent chez les multipares, se révèle par les signes habituels des tumeurs de l'ovaire ; mais son évolution est peut-être plus rapide. Cependant le néoplasme peut rester latent durant plusieurs mois. L'évolution de la tumeur au début se fait insidieusement ; la femme n'a pas cessé de vaquer à ses occupations ; elle n'a ressenti aucun malaise, aucune fatigue, lorsqu'elle s'aperçoit que son ventre a un peu augmneté de volume. Elle constate même parfois la présence d'une grosseur dans son bas-ventre. L'ascite, cause de l'augmentation du volume du ventre, est parfois le premier symptôme ; mais elle manque souvent, surtout au début. En même temps, la malade constate qu'elle maigrit un peu, l'appétit est fortement diminué. Des pertes blanches abondantes apparaissent entre les époques : tous ces derniers symptômes sont mis sur le compte de l'anémie.

Peu après, les douleurs se manifestent sous forme de pesanteur dans le bas-ventre, de fatigue ; spontanées ou provoquées, continues ou intermittentes, rarement très violentes, ces douleurs siègent dans la région hypogastrique, sans localisation nette, s'ir-

radiant dans la région lombaire, les membres inférieurs, les aines, le périnée. Elles sont plus vives au moment de la menstruation ; parfois, mais rarement, elles apparaissent brusquement sous forme de violente crise de coliques, accompagnées de vomissements. Lorsque ces douleurs surviennent par crises paroxystiques, il faut songer à la torsion de la tumeur, complication très rare. L'intensité des douleurs n'est nullement en rapport avec le volume des tumeurs.

Avec la douleur, les troubles menstruels attirent les premiers l'attention de la malade et de son entourage. Bien souvent, il y a aménorrhée ; les règles diminuent puis se suppriment progressivement pendant plusieurs mois. Comme quelquefois la malade a des vomissements, elle croit à une grossesse, encouragée dans cette idée par l'augmentation du volume de son ventre. Cependant, l'aménorrhée n'est pas constante et il peut y avoir des métrorragies très peu abondantes, mais fréquentes et très irrégulières. Quelquefois d'ailleurs à un temps assez long d'aménorrhée succèdent des hémorragies. En un mot, la malade constate une irrégularité dans ses menstruations ; d'après nos observations, on voit que c'est l'aménorrhée qui est le plus fréquemment observée.

Si à cette époque, on examinait la malade, on ne pourrait que constater un peu d'ascite ; le toucher bimanuel pourrait permettre de sentir les ovaires un peu gros, mobiles, souvent prolabés dans le Douglas, fermes et peu douloureux à la pression ; l'utérus est à ce moment un peu balancé en avant, derrière la symphyse pubienne. Mais on a rarement l'occasion de pratiquer l'examen à cette période.

La plupart du temps, lorsqu'on voit la malade, celle-ci est très amaigrie, très asthéniée ; elle ne

mange presque plus, elle vomit souvent ; les douleurs se sont accentuées, irradiées aux reins, aux membres inférieurs à la vessie. Des phénomènes de compression ont apparu, se manifestant par des troubles urinaires des troubles dans la défécation, constipation surtout, des douleurs le long des trajets nerveux et enfin de l'œdème des membres inférieurs, de la vulve parfois. En général plus de règles, parfois de temps en temps, tous les 8 jours, tous les 15 jours, petite métrorragie, insignifiante quant à la quantité, mais accompagnée de douleurs assez vives. Enfin, contrastant avec la maigreur du tronc, le ventre est volumineux, distendu par l'ascite. Cette ascite due, d'après les uns, à la compression veineuse, d'après les autres, à l'irritation péritoniéale ou aux greffes néoplasiques développées sur le péritoine, se reproduit rapidement après la ponction. Le liquide est clair, citrin, transparent, parfois plus foncé, serosanguinolent et même nettement hémorragique, à une période avancée; centrifugé, il permet rarement de retrouver la nature des éléments néoplasiques. Dans le liquide ascitique, on peut par la palpation sentir une tumeur très mobile, flottante ; mais autant que possible, on ne doit pratiquer l'examen qu'après l'évacuation de l'ascite. La palpation révèle encore la présence de ganglions inguinaux. Par le palper et toucher combinés, on sent une tumeur plutôt élastique que franchement dure, irrégulière, bosselée, assez mobile, peu douloureuse à la pression ; elle siège dans le Douglas, en arrière de l'utérus qui est repoussé en avant, derrière la symphyse pubienne ; le doigt vaginal peut la renvoyer à la main abdominale. Il faut, si on le peut, examiner la femme en position de Trendelenburg, à seule fin de bien délimiter le fond utérin et de constater l'indépendance de

l'utérus et de la tumeur. Parfois cela est impossible et le diagnostic demeure en suspens entre tumeur de l'ovaire et néoplasme ou même fibrome utérin. Dans certains cas, on peut reconnaître une seconde tumeur dépendant de l'ovaire du côté opposé, les deux masses étant séparées par un sillon ; le plus souvent les tumeurs, étant plus volumineuses, sont peu distinctes, et ne forment qu'une seule masse ; la plus petite refoulée dans le Douglas est masquée par la plus grosse nettement abdominale. Il faut penser à la bilatéralité des néoplasmes quand, au toucer, les deux culs de sacs sont occupés par une masse qui vient bomber et quand l'utérus est immobilisé en avant.

Le toucher rectal, qu'on doit toujours pratiquer, aide au diagnostic en délimitant plus nettement les tumeurs ou le corps utérin. De plus, il permet de s'assurer que le rectum est sain ou bien est le siége d'une infiltration cancéreuse localisée à sa paroi antérieure ; on peut sentir une masse dans le fond du Douglas, indépendante des tumeurs perçues par le toucher vaginal et le palper. S'il y a métastase rectale, on peut presque affirmer que les néoplasmes ovariens sont aussi des tumeurs métastatiques.

Malgré tous ces symptômes, le diagnostic de tumeur bilatérale des ovaires est parfois difficile à porter, témoin les nombreuses erreurs rapportées dans les observations. L'ascite engendre des troubles fonctionnels qui dans certains cas ont pu faire porter le diagnostic d'asystolie. La confusion avec la péritonite tuberculeuse n'est pas toujours évitable, surtout quand les tumeurs ovariques sont de petit volume ; les lésions annexielles sont en effet assez fréquentes dans l'ascite dite essentielle ; mais les malades sont plus jeunes, l'état général est meilleur, la marche moins rapide. Il y a souvent des lésions pulmonaires ;

enfin l'accroissement des tumeurs lèvera tous les doutes.

Souvent, on a posé le diagnostic de néoplasme utérin, de fibrome ; le toucher en position de Trendeleuburg, la délimitation du fond utérin, la mobilité des tumeurs ovariennes qui, dans cette position, sortent du pelvis et découvrent l'utérus, lèvent les doutes ; l'ascite et le mauvais état général peuvent éliminer le fibrome.

Au début, on a pu confondre les tumeurs ovariennes avec : ovarite et lésions annexielles, hématocèle pelvienne, grossesse extra-utérine et tumeurs des trompes. Les anamnestiques, la connaissance d'une inflammation antérieure des annexes ou de l'utérus, la sensibilité des lésions sont autant de garanties contre la première confusion. L'hematocèle pelvienne s'accompagne de réactions caractéristiques à son origine, la grossesse extra-utérine ne peut tromper longtemps. Les tumeurs bilatérales des trompes ne sont parfois distinguées des tumeurs ovariennes qu'après laparotomie.

Malgré les vomissements, l'aménorrhée, l'augmentation de volume du ventre, on a rarement commis l'erreur avec la grossesse ; l'évolution différente, l'ascite, l'absence de signes fœtaux font le diagnostic. La grossesse peut d'ailleurs coexister avec une tumeur métastatique des ovaires (observation 46 de Sitzenfrey) ; ces tumeurs sont cause de graves dystocies, qui mettent la vie de la mère et de l'enfant en danger.

Les métastases dans le cul de sac de Dauglas, lorsqu'il n'y a ni envahissement rectal ni envahissement ovarien, se présentent sous l'aspect de petits nodules ou d'une simple infiltration de la séreuse. Ils ne déterminent aucun symptôme fonctionnel qui

viennent s'ajouter à ceux de la tumeur gastrique primitive; par le toucher vaginal et rectal, les noyaux cancéreux peuvent être perçus s'ils sont volumineux. Mais il est rare qu'on ait à faire cliniquement le diagnostic de métastase dans le Douglas. Cette dernière s'accompagne bientôt de tumeur ovarienne et, chez l'homme surtout, de métastase rectale ; on peut dire d'ailleurs que dès que le doigt perçoit des nodules dans le cul de sac recto-vésical la paroi antérieure du rectum est déjà infiltrée.

Ce cancer métastatique du rectum observé une vingtaine de fois, beaucoup plus fréquent chez l'homme (4 cas chez la femme), a un aspect tout fait particulier. Au début, les signes physiques sont absents ; seul, l'examen microscopique de la paroi antérieur du rectum permet d'y reconnaître l'infiltration néoplasique. Les premiers symptômes fonctionnels sont la douleur manifestée surtout au moment de la défécation, et une légère constipation. Plus tard, le malade éprouve une sensation de pesanteur ; la douleur est continue avec crises paroxystiques pendant la défécation, les efforts ; elle s'irradie à la région lombaire, dans tout le bassin, aux aines, au membre inférieur; la constipation est due surtout à ce que le malade évite d'aller à la garde-robe, à cause de la douleur. En même temps, anorexie, amaigrissement. A la dernière phase, tous les signes d'obstruction intestinale apparaissent : ventre ballonné, douloureux, faciès péritonéal, pouls petit, rapide, filant, fièvre, vomissements.

Lorsque la tumeur est constituée sans provoquer de sténose, le toucher rectal permet de sentir, immédiatement au-dessus de la prostate ou à 2 à 4 centimètres plus haut, c'est-à-dire au niveau du fond du cul de sac, vésico-rectal, une plaque dure, en chaton

de bague, infiltrant la paroi antérieure du rectum. Cette masse fixe ou très peu mobile fait saillie dans la lumière rectale, et le doigt y vient buter. La tumeur est lisse, non ulcérée ; elle ne saigne pas, ce qui explique chez ces malades l'absence d'hémorragies rectales. Il est évident qu'il peut y avoir du mélœna en rapport avec la tumeur gastrique primitive. La tumeur est très douloureuse. La rectoscopie permet de voir que la muqueuse rectale est intacte, ce que le doigt explorateur avait déjà senti.

Cette métastase peut déterminer une sténose absolue du rectum ; tous les signes physiques d'obstruction intestinale apparaissent, et si le malade vient dans cet état il est impossible de rechercher la tumeur gastrique primitive.

Cette tumeur métastatique a été souvent confondue avec le carcinome primitif du rectum ; Schnitzler lui-même commit l'erreur et pratiqua la résection du rectum sans se préoccuper de la tumeur gastrique primitive, qui était absolument latente ; 6 mois après il dut faire une gastro-entérostomie. La confusion est facile lorsqu'il y a météorisme abdominal. Cependant, à l'examen, il est en général aisé de distinguer le carcinome primitif ; celui-ci est plus douloureux, il évolue en général plus rapidement ; il n'a pas la caractéristique de la tumeur de Schnitzler, il n'est pas limité à la paroie antérieure ; enfin, point essentiel, le cancer primitif est ulcéré, il y a des fongosités qui saigennt spontanément et au moindre attouchements d'où hémorragies rectales fréquentes. La rectoscopie permet de voir que la muqueuse n'existe plus au niveau de la tumeur ; celle-ci au lieu d'être lisse, est fongueuse, irrégulière, s'étendant le plus souvent à tout le pourtour du rectum et formant une virole.

Chez la femme, on ne confondra pas cette métastase rectale avec une affection inflammatoire annexielle qui peut causer une infiltration du Douglas et de la paroi antérieure du rectum ; Payr commit cette erreur (observaton 83). La coexistence d'un cancer métastatique des ovaires attirera l'attention sur une métastase possible dans le rectum ; cependant, il ne faut pas oublier qu'il y a des cancers de l'ovaire secondaires à une tumeur primitive du rectum (thèse de Metzger).

Il semble donc qu'en présence d'un cancer gastrique primitif, le diagnostic de métastase ovarienne ou rectale soit facile à établir ; la clinique nous apprend au contraire qu'il y a en général de grandes difficultés ; bien souvent ce diagnostic n'est posé qu'après autopsie, c'est le cas de notre observation 2. Quand chez un ou une malade, anciennement opéré de cancer digestif, on voit apparaître les troubles que nous venons d'indiquer, immédiatement, on pense à une métastase rectale ou ovarienne ; de même on recherche le cancer gastrique primitif quand après une résection du rectum, ou une ovariotomie pour cancer, on revoit le ou la malade avec des troubles digestifs. Quand les cancers se succèdent de la sorte, le diagnostic est facile ; il suffit d'y penser. Mais ces cas sont l'exception.

Le diagnostic est encore aisé lorsque les deux tumeurs primitive et secondaire évoluent en même temps et qu'on retrouve un mélange de symptômes manifestant à la fois l'atteinte des deux organes.

Mais ce n'est pas encore la règle ; en général, l'une des tumeurs est latente, et l'autre, seule, se manifeste. Parfois, on n'a que les symptômes d'un cancer de l'estomac ; la femme ne manifeste aucune douleur abdominale, ses règles sont bien supprimées, mais

on suppose que cette aménorrhée est due à l'anémie, à la cachexie cancéreuse. On est ensuite tout étonné de découvrir une tumeur ovarienne à l'autopsie (observation 2). Les signes gastriques sont tellement prédominants qu'on ne songe même pas à pratiquer un toucher vaginal et rectal. C'est ainsi que chez notre malade (observation 1) on n'a prêté aucune attention à la constipation, à la douleur dans la défécation. Ce n'est que lorsqu'il y a eu obstruction intestinale que par le toucher on a découvert la métastase rectale. Il est enfin des cas, sur lesquels ont insisté Schenk et Sitzenfrey, où les ovaires paraissent sains, non seulement au toucher vaginal, mais même après examen direct au cours de la laparotomie ; cependant le microscope révèle une infiltration cancéreuse nette. Dans ces cas, le diagnostic est impossible.

Le plus souvent ce sont les signes de la tumeur métastatique qui dominent, le cancer gastrique étant latent. Il suffit de parcourir nos observations pour se rendre compte du nombre considérable de tumeurs primitives de l'estomac qui n'ont été découverts qu'à l'autopsie. Les malades accusent bien des vomissements, de l'amaigrissement, de l'anorexie, mais tous ces signes sont rapportés à la lésion génitale. Il n'y a souvent aucune douleur gastrique, et si on rencontre une légère gastralgie on la met encore sur le compte de l'affection ovarienne. L'ascite empêche la palpation de la tumeur stomacale ; d'ailleurs, si celle-ci ne siège pas sur le pylore ou dans son voisinage, il n'y a pas de sténose et l'examen physique ne nous révèle pas l'existence de la néoplasie. Ainsi les cancers infiltrants de la grande et petite courbure passent le plus souvent inaperçus. Cependant, l'examen chimique, la recherche du mœlena, des hématénèses,

joints à d'attentives investigations du côté des symptômes tant physiques que fonctionnels font parfois poser le diagnostic.

Mais il est aussi des cas, et ils sont fréquents, où seul le microscope peut révéler l'infiltration cancéreuse. En présence de tumeur bilatérale des ovaires, ou de tumeur rectale, telle que l'a décrite Schnitzler, on recherchera donc systématiquement le cancer primitif de l'estomac, même lorsque ce dernier ne se manifeste par aucun signe clinique.

CHAPITRE VII

Conséquences cliniques et thérapeutiques

Ces faits de métastases pelviennes, ovariennes, péritonéales, rectales, dans les cancers primitifs de l'estomac, méritent d'être mieux connus ; au point de vue pratique, ils peuvent souvent fournir des indications thérapeutiques spéciales.

Nous en déduirons d'abord quelques règles au sujet de l'examen clinique des malades : en présence d'un cancer de l'estomac, il est absolument nécessaire de rechercher les métastases pelviennes, comme on cherche les métastases ganglionnaires dans les cancers du sein et de la langue ; de parti-pris, on pratiquera donc le toucher rectal et vaginal, et on fera une enquête très serrée sur la régularité des menstruations. Nous sommes persuadés que si ces métastases pelviennes sont très rares en France, alors qu'elles sont relativement assez fréquentes en Allemagne, c'est qu'on ne les cherche pas.

Réciproquement, comme nous avons vu que la tumeur primitive est souvent latente, dans les cas de cancer en apparence primitif des ovaires et du rectum, on recherchera systématiquement le néoplasme gastrique ; on s'appliquera d'autant plus à cette recherche si la tumeur ovarienne est bilatérale ou si

la tumeur rectale est limitée à la paroi antérieure du rectum et n'est pas ulcérée. Dans la littérature allemande, nous trouvons d'ailleurs des observations où après extirpation de tumeurs de Krukenberg, le chirurgien a pensé à l'existence d'un néoplasme primitif de l'estomac qui ne s'était révélé par aucun des symptômes habituels ; agrandissant son incision, il a été explorer l'estomac et presque toujours il a découvert le cancer latent.

Les règles ci-dessus, s'imposent donc au cours de la laparotomie : examen systématique des ovaires et du Douglas dans les interventions pour cancer de l'estomac, et inversement examen systématique de l'estomac dans les castrations pour tumeur.

Comme dans le traitement des cancers des organes internes, la médecine ne peut rien, du moins actuellement pour arrêter l'évolution de la néoplasie : ni l'arsenic ni le cuivre colloïdal, ni le sélénium autour duquel on fait tant de bruit dans ces dernières années, ne se sont montrés efficaces. Nous n'avons rien à attendre non plus de la radiothérapie.

Le traitement rationnel, le seul que nous ayons à notre disposition est donc le traitement chirurgical. Dans certains cas, lorsque les lésions sont trop avancées, soit au niveau de l'estomac (métastases ganglionnaires, hépatique, épiploïques, splénique, etc...), soit dans le pelvis (induration du cul de sac de Douglas, placard pelvien décrit par Palmer, perceptible au toucher rectal, et indiquant une extension à tous les organes abdominaux inférieurs), l'ablation des tumeurs n'est plus possible. Parfois, dans ces cas on peut tenter une opération palliative qui évitera au malade les terribles souffrances des derniers mois de sa vie, mais qui ne prolongera pas considérablement son existence. On fait une gastroentérostomie ; si en même temps il existe une tumeur rectale ayant

détermine une sténose, on peut pratiquer une colostomie. Schnitzler cite un cas personnel où un malade se trouvait encore bien un an après une colostomie et une gastroentérostomie ; les deux interventions peuvent être faites dans la même séance, ou bien en deux temps, si le malade est en trop mauvais état, ou si on craint un choc opératoire trop violent.

L'intervention de choix consiste à enlever les deux tumeurs gastriques, et ovarienne ou rectale, lorsqu'il n'y a pas de lésions de voisinage, ou métastatiques trop étendues. Bien souvent on pratique une gastrectomie ou une pylorectomie, puis plus tard, quelques mois, un an et même deux ans après on doit faire une ovariotomie ; Metzger a rassemblé 17 observations où ces deux interventions ont été faites ; une seule malade est bien portante deux ans après. Les autres sont mortes par suite de récidive ou de métastases nouvelles dans un laps de temps variant de quelques jours, à 7 à 8 mois ; pour deux ou trois, on n'a plus eu de nouvelles, les observations portent : guérison opératoire.

Dans 6 cas, on a fait une ovariotomie et une gastroenterostomie avant ou après ; enfin Metzger rapporte encore 6 observations où dans la même séance on a pratiqué une ovariotomie et une gastrectomie ou gastroenterostomie. Il n'y a eu qu'une amélioration passagère ; les malades sont mortes soit de récidive, soit d'autres localisations cancéreuses, soit de cachexie.

On signale un seul cas d'intervention rectale et stomacale ; c'est celui de Schnitzler, cité plus haut.

Hartmann a suivi une autre technique : il a fait dans un premier temps la castration abdominale totale et une gastroentérostomie postérieure ; la malade se remit parfaitement et grâce à l'opération

palliative put se remonter. Un mois plus tard, elle supporte très bien une pylorectomie. Revue quelques mois après, la malade allait très bien ; mais on ne peut affirmer la guérison. Le pronostic de ces tumeurs pelviennes métastatiques est très sombre ; de l'étude précédente, il résulte que ces néoplasies ont une malignité extrême ; si l'ablation est possible, la récidive ne se fait pas attendre. Sur 31 interventions, nous notons un seul cas de guérison, après deux ans. Il est permis de se demander si on peut même parler de guérison ; ne voit-on pas des cancers du sein récidiver 5 et 6 ans après leur ablation. Nous croyons cependant qu'on ne doit pas s'abstenir : et on doit opérer toutes les fois que cela est possible, même si on compte sur une récidive, ne fut-ce que pour soulager le malade durant quelques semaines, quelques mois. Les tumeurs ovariennes sont d'ailleurs souvent peu adhérentes, et il est assez facile de les enlever en même temps que l'utérus.

D'ailleurs, si le pronostic est si grave, c'est parce que, jusqu'à présent, le diagnostic est trop tardivement posé. Il est permis d'espérer que ces tumeurs métastatiques étant mieux connues, l'intervention sera plus précoce et ainsi on pourra compter sur la guérison dans quelques cas, car la plupart du temps les malades n'iront voir le chirurgien que lorsque les lésions seront bien avancées.

Schenk et Sitzenfrey ont montré qu'il était impossible, même après la laparotomie d'affirmer que les ovaires étaient sains ; et dans plusieurs cas ils ont trouvé des lésions microscopiques. Dans un cas, l'épiploon lui-même était infiltré et pourtant tous ces organes paraissaient bien normaux. Dès lors, ces auteurs sont d'avis, que pour améliorer le pronostic du cancer gastrique opéré chez une femme jeune, il est

nécessaire d'enlever les ovaires qui, en apparence sains, peuvent déjà être malades, ou tout au moins peuvent le devenir; en même temps il faut réséquer l'épiploon. A l'appui de cette idée on peut citer la statistique de Leriche, qui, sur 35 récidives après résection de l'estomac pour cancer, en compte 14 sur les ovaires. La castration préventive supprimerait donc un des lieux d'élection des métastases des tumeurs gastriques.

Que faut-il penser de cette castration systématique ? Nous ne pouvons actuellement avoir aucune opinion là-dessus, ne possédant encore aucune observation d'une telle intervention. Il est d'ailleurs probable qu'avant de pratiquer cette thérapeutique préventive, les chirurgiens voudront avoir de nombreuses observations analogues à celles de Sitzenfrey et Schenk, car, depuis que nous connaissons le rôle des glandes à secrétion interne, nous savons quels troubles engendre l'ovariotomie.

D'autant plus que, d'après Rosenstirn, ce ne sont pas les ovaires et l'épiploon qu'il faut seulement enlever, mais le péritoine du cul de sac de Douglas, dont l'envahissement est plus précoce et plus fréquent. La gastrectomie, opération longue et laborieuse, est sérieusement compliquée par l'intervention indiquée par Rosenstirn ; il est vrai qu'on pourrait opérer en deux séances.

Actuellement, la resection de l'épiploon des ovaires et du péritoine de Douglas, en vue de la prophylaxie des métastases pelviennes dans les cancers gastriques, n'est pas encore indiquée. Ce n'est que lorsque un grand nombre d'observations aura montré la fréquence de ces métastases que l'opportunité de cette laborieuse intervention pourra être discutée.

CHAPITRE VIII

CONCLUSIONS

1° Les cancers de l'estomac sont susceptibles de créer des métastases pelviennes : ovaires, Douglas, rectum ;

2° Les métastases ovariennes et du Douglas sont plus fréquentes chez la femme encore jeune, bien réglée ; l'activité sexuelle semble les favoriser ;

3° Les métastases rectales sont plus fréquentes chez l'homme que chez la femme ;

4° Les tumeurs métastatiques de l'ovaire sont bilatérales et très souvent offrent le type de la tumeur de Krukenberg ;

5° Les tumeurs métastatiques du rectum siègent uniquement sur la paroi antérieure et ne sont pas ulcérées ; la muqueuse rectale est intacte ;

6° Ces cancers secondaires s'ils n'ont pas la même structure que le cancer primitif, présentent toujours le même type de cellule néoplasique ;

7° La propagation se fait probablement par voie péritonéale ; les cellules du néo-primitif, tombent dans la cavité péritonéale et vont se greffer dans le Douglas et sur les ovaires, dans les parties les plus déclives ;

8° Le cul de sac de Douglas est envahi plus fréquemment et plus précocement que les ovaires ;

9° Pour que les métastases soient possibles, il n'est pas nécessaire que le cancer primitif ait perforé la séreuse péritonéale ;

10° Le diagnostic est souvent difficile, l'une des deux tumeurs étant latente ;

11° *Chez une ou un malade atteint de cancer gastrique on doit systématiquement pratiquer le toucher vaginal et rectal ;*

12° *En présence d'une tumeur ovarienne bilatérale ou d'une tumeur rectale non ulcérée et localisée à la paroi antérieure, on doit systématiquement rechercher un cancer gastrique primitif ;*

13° Quand il n'y a pas envahissement important des ganglions, ou métastase dans les organes voisins on doit tenter l'ablation des deux tumeurs, gastrique et ovarienne ou rectale ;

14° Si cela est impossible on doit avoir recours aux opérations palliatives : gastroentérostomie et ovariotomie, ou gastroentérostomie et colostomie ;

15° La castration, la resection de l'épiploon et du péritoine du Douglas, systématiques telles que la préconisent Sitzenfrey et Rosenstirn ne sont pas indiquées actuellement, étant donné le petit nombre d'observations.

BIBLIOGRAPHIE

ALBERTIN. — Fibrosarcome de l'ovaire, *Soc. de Chirurgie de Lyon*, 18 juin 1908.

AMANN. — In *Centralblatt für Gynäkologie*, 1906, p. 1365.

AMANN. — Uber secundären Ovarialtumoren, *Munsch. mediz. Woch.* 1905, p. 2414.

BIRCHER. — Combinaison du carcinome de l'ovaire avec d'autres tumeurs. (*Arch. f. Gynäk.*, Bd. LXXXIII.)

BÉRIEL. — Anatomie pathologique, 1910, p. 496.

BLAND SUTTON. — On secundary (métastatic) carcinom of the ovary. (*Britisch Med. Journal*, 26 mai 1906, p. 1216.)

BLAND SUTTON. — Cancer of the ovary. (*Britisch Med. Journal*, 4 janvier 1908, p. 5.)

BODE. — (In *Centralblatt für Gynäkologie*, 1896, p. 656.)

BOEKEL. — (*Congrès Obstétrique et Gynécologie de Toulouse*, sept. 1910.)

BORMANN. — Das Wachsthum und die Verbreitung des Magencarcinom. Yena, 1901.

BRET et PAVIOT. — (In *Revue de Médecine*, 1894, p. 394.)

BRUNNER. — (In *Deutsche Wochenschrift*, 1907, II, p. 296.)

BÜCHER. — Beiträge zum Lehre von Carcinom. (*Ziegler's Beiträge, z. Pathol. Anat. u. z. allg. Pathol.*, t. XIV, p. 171, 1893.

CETNAROWSKI. — Cancer simultané de l'estomac et des ovaires. (XV *Congrès des Chirurgiens polonais*, juillet 1908.

COHN (de Kiel) (*Monatschrift für Gynäkologie*, t. XXVI, mars 1906, p. 333.

CONDAMIN. — (*Lyon médical*, 1902.)

CONHEIM. — Krebsmétastasen des Magens. (*Virchows Arch.* Berlin 1867, t. XXXVIII.)

CRUVELHIER. — Anatomie pathologique.

DARTIGUES. — (*Thèse de Paris*, 1899.)

DESURMONT. — Etude anatomo-clinique des tumeurs solides bilatérales des ovaires. (*Thèse de Paris*, décembre 1911.)

DITTRICH. — Die Krebsige Erkrankungen des Magens (*Pragel Virteljahrsschrift*, 1848, 5 *Jahrgang*, t. I, p. 1.)

DOBRATVORSKI. — Tumeurs solides bilatérales des ovaires. (*Thèse de Paris*, 1903.)

DREYFUSS. — Tumeurs malignes primitives de l'ovaire. (*Thèse de Paris*, 1906.)

ENGELHORN. — Uber das gleichzeitige Vorkommen von malignen Ovarialtumoren und Magencarcinom. *Beiträge, Z. geb. u. gyn.*, 1907, t. II, p. 289.)

FAURE J.-L. — (*Congrès de Toulouse* et *Annales Gynécolog. et obst., octobre* 1910.)

FAURE *J.-L.* et SIREDEY. — Traité de Gynécologie, 1911.

FISCHER. — Métastases ovariennes du cancer de l'estomac. *Soc. de méd. de Francfort*, 17 mai 1909, et *Münschener Med. Woch.*, 1909, n° 34.)

FLAISSIER. — Contribution à l'étude de la coexistence du cancer double de l'ovaire et du cancer de l'estomac. (*Thèse de Lyon*, 1909.)

FROMME. — (*Congrès de Kiel*, 1905.)

GLÖCKNER. — (*Centralblatt für Gynäkologie*, 1903.)

GLÖCKNER. — Uber secundäre ovarial carcinome. (*Arch. für Gynäkologie*, 1904, t. LXXII, p. 410 et 1905, t. LXXV, p. 49.)

GOBIET. — *Wiener Klinisch. Wochensch* 1909, n° 4, p. 121.

GOUILLOUD. — Du cancer de l'ovaire au cours de l'évolution des cancers de l'estomac, de l'intestin et des voies biliaires. (*Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdom.* 1907, t. XI, p. 195.)

GOUILLOUD. — Cancer de l'ovaire et cancer de l'S iliaque. (*Lyon médical*, 1902, et *Revue de Gynécologie*, 1902.)

GOTTSCHALK. — Métastatisches Ovarialkarcinom bei primären Pyloruscarcinom. (*Centrall. f. gyn.*, 1901, p. 1287.)

GRIFFON et LEVEN. — (*Bulletin de la Société anatomique*, 1899.)

HARTMANN. — (*Annales de Gynécologie et Obstétrique*, mai 1905.)

HARTMANN. — (*Congrès de Toulouse* 1910 *et Annales de Gyn. et Obst.*, octobre 1910.)

HARTMANN et METZGER. — Les métastases ovariques des cancers digestifs. (*Paris Médical*, n° 18, avril 1911, p. 409.)

HEINRICHS. — Handbuch der gynäkologie von A. Martin.

KAPPELER. — Meine Erfahrungen über Magenresection wegen carcinom. (*Deutsch. Zeïts. f. Chirur.*, 1902, tome LXIV, p. 247.)

KAUL. — Uber in Fall von sekundären ovarialkarcinom. (*Diss. München*, 1906.)

KEHRER. — Metastatische ovarialkarcinom. (*Münch Med. Woch.*, 1903, t. II, p. 1853.)

KELLING. — (*Arch. f. Klin. Chir., Bd.* 75.)

KLEISSMANN. — Les cancers métastatiques de l'ovaire. (*Journal Akoucherstva i Jenskich bolieznéi*, t. XXVI, n° 4, avril 1911.)

KRATZENSTEIN.— (*Zeitschrift f. geb. u. gyn.*, t. XXXVI, p. 61)

KRAUSS. — Uber das Zusammenkommen der krebsmetastasen in ovarien bei primären krebsen eines anderes bauchorganes. (*Monat. f. geb. u. gyn.*, 1901, t. XIV, p. 1.)

KRÜKENBERG. — (*Archiv. für Gynäk.* vol. 50, 1896.)

KRÜGER. — Tumeur ovarienne de Krükenberg. (*Soc. de Méd. de Hambourg*, 23 nov. 1909, et *Deutsche mediz. Wochensch*, 1910, ns 6.)

KÜSTER. — Sur l'histoire des cancers métastatiques de l'ovaire. (*Zeitschrift für geb. med. gyn.*, t. LXVIII ,1911.)

LAMPARTER. — Uber Combination malignen Ovarialtumoren mit Magencarcinom. (*Inaug. Diss. Tübingen*, 1901.)

LANNELONGUE. — (*Gazette des Hôpitaux*. Paris, 1898.)

LANNOIS. — Cancer simultané du pylore et des ovaires. (*Lyon médical*, 1896, t. LXXXIII, p. 519.)

LAROYENNE et BOSQUETTE. — Coexistence d'un néoplasme des ovaires et d'un néo de l'estomac. (*Lyon Médical*, 1908.)

LECORNU. — (*Presse Médicale*, 1902, p. 57.

Le Dentu. — (*Société de Chirurgie*, 1901, p. 531 et 628.)

Lejars. — Les signes à distance des cancers abdominaux. (*Sem. Médic.*, juillet 1910, n° 29, p. 340.)

Leriche. — Des Résections de l'estomac pour cancer. (*Thèse de Lyon*, 1906.)

Lenormant. — Les métastases pelviennes des cancers de l'abdomen supérieur (estomac particulier). (*Presse médicale*, 29 octobre 1910, p. 810.

Lévi et Claude. — Cancer colloïde du pylore. Résection stomacale. Récidive au bout de huit mois et généralisation au péritoine et aux ovaires. (*Société Anatomique*, mai 1895, p. 347.)

Lockyer. — (*Trans. of the Obst. Soc. London*, 1904, t. XLVI, p. 230 et 349.)

Lubarsch. — (*Correspond. f. Schweiger Aerzte*, t. XXI, p. 502.)

Manzoni. — Cistocarcinoma ovarico bilatérale ; carcinoma pylorico. (*Gazetta Med. lombarda*, 1897, p. 349.)

Ménétrier. — Cancer de l'ovaire, (in *Brouardel et Gilbert.*)

Mériel. — Les tumeurs solides de l'ovaire. (*Rapport au VI^e^ Congrès de Gynécologie, Obstétrique et Pœdiatrie de Toulouse*, septembre 1910.)

Metzger. — Les métastases ovariques des cancers digestifs. (*Thèse de Paris*, juin 1911.)

Montanelli, Revicelli, Savare. — Sur un cas de cancer de l'estomac. (*Là Gynécologià*, t. IV, fasc. 4, 28 février 1909.)

Oberndorfer. — Cancer secondaire de l'ovaire (pseudofibrome) dans le cas de cancer primitif latent de l'estomac. (*Société de Gynécologie de Munich*, 15 décembre 1910.)

Olshansen. — (*Deutsche Med. Woch.* 1902.)

Omori. — Klinische und anatomische Beiträge zür Lehre von métastatischen Eierstockskrebs. (*Diss Würzburg*, 1904.)

Outerbridge. — Tumeur de l'ovaire à type de « Fibrosarcoma-mucocellulare (carcinomatodes) ovarii » de Krükenberg. (*The américan Journ. of obst. and Diseases of Women and Children*, t. LXIV, n° 6, décembre 1911.)

Ozenne. — Cancer latent de l'estomac avec perforation ; cancer des ovaires. (*Société Anatomique*, 1880, 23 avril, p. 297.

Palmer. — Pelvic transplantation métast. (*Surgery Gynecology and Obstetrics*, février 1910, p. 154.)

Papaïoannou. — Zur kenntniss der endothélialen und métastatischen Ovarialtumoren. (*Monats. f. geb. u. gyn.*, 1904, t. XX, p. 802.

Payr. — (*Arch. f. Klin. Chirurgie*, Bd. 75.)

Pfannenstiel.— (*Handbuch von Gynäkologie*, t. III, p. 353.)

Pfannenstiel. — (*Arch. f. Gyn.*, t. XLVIII, et *Congrès de Kiel*, 1905.)

Perrin. — Cancer de l'estomac et des ovaires. (*Lyon médical*, 1911, t. 116, p. 755.)

Picque. — (*Société de Chirurgie*, Paris, 1899.)

Polano. — Der Magenkrebs und semen Beziehungen zur Geburtshilfe und Gynäkologie. (*Wurzbürger Abh. aus. gesam, der prakt. méd.*, 1904, t. VI, p. 335.)

Polano. — Zur Enstehung malignen Bauchdeckentumoren nach Entfernung gutartiger Eierstocksgeschwülste. (*Zeitsch. f. geb. u. gyn.*, 1905, t. LVI, f. 2. p. 416.)

Polano. — Experimentelle Untersuchungen über die Durchlässigkeit des Eierstocksepithels für korpusculäre Elemente. (*Zentralb. f. gyn.*, 1907, n° 26, p. 784.)

Pouchet. — (*Archives provinciales de Chirurgie*, 1907.)

Pozzi. — Traité de gynécologie, p. 1033.

Poupinel. — (*Thèse de Paris*, 1886.)

Prochownick. — Tumeur solide métastatique de l'ovaire et cancer de l'estomac. (*Centrall. f. gyn.*, 1907, n° 9, p. 272.)

Quénu. — (*Bulletin de la Société de Chirurgie de Paris*, 1901.)

Rathert. — (*Surgery gynecology and obstetrics*, t. XI, n° 2, août 1910.)

Rokitansky. — Pathol. Anatomie, t. III, p. 431.

Römer. — Uber scheinbar primäre in Wirkligkeit metastatische Krebserkrankungen der inneren geschlechtsor-

gane bei tumorbildung in abdominalorganen. (*Arch. f. gyn.*, t. LXXVI, 1902, p. 144.)

Rosenstirn. — Zur Frage der Krebsmetastasen in den ovarien und inn cavum Douglasii. (*Arch. f. Klin. Chirurgie*, 1910, t. XCII, p. 794.)

Rosenstirn. — Contribution à l'étude des métastases cancéreuses dans les ovaires et dans le cul-de-sac de Douglas. (*Diss. Greifswald*, 1901.)

Rothenberg. — Maligne ovarialtumoren. (*Diss. Heidelberg*, 1893.)

Sauter. — (*Monats. f. geb. u. gyn.*, 1901.)

Schauta. — Ovarial und Magenkrebs. (*Centr. f. gyn.*, 1907, p. 112.)

Scheñk. — Primären Krükenbergs'chen ovarialtumoren. (*Centralb. f. gynäk*, 1904, p. 639.)

Schenk et Sitzenfrey — (*Zeitsch. f. geb. u. gyn.* 1907, t. LX, p. 392, et *Semaine Médicale*, 13 janvier 1909.)

Schlagenhaufer. — Uber das metastatische ovarialcarcinom nach Krebs des Magens, Darms und andere Bauchorganen. (*Monats. f. geb. u. gyn.* 1902, t. XV, p. 425.)

Schnitzler. — Uber eine typische lokalisierte metastase des Magencarcinoms. (*Mill. ans d. Grenz. d. Med. u. Chir.*, 1909, t. XIX, p. 205.)

Schmorl. — Sitzungsber. d. Gynäk. Gesellsch. in Dresden, 18 mai 1905.

Sitzenfrey. — Secundarer Gallertkarcinom des uterus bei primären Magencarcinom und secundärer beiderseitiger Ovarialkarcinom, (*Prag. med. Woch*, 1907, p. 49.)

Sitzenfrey.— Metastatische carcinomerkrankung des Ovarien. *Mitt. ans, d. Grenzgeb. d. med. u. chir.*, 1908, t. XIX, f. 2, p. 372.)

De Snoo. — Metastatisches Ovarialkarcinom. (*Centr. f. geb. u. gyn.*, 1907, n° 46, p. 1446.)

Souligoux et Deschamps. — Tumeurs épithéliales des ovaires consécutives à un cancer de l'estomac. (*Soc. anat.*, 1901, p. 287.)

Strauss. — (*Zeitsche f. Klin. med.*, Bd. 28 ; *Berl. Klin. Wochenchs.*, 1899.)

Stickel. — Uber doppelseitige metastatische Ovarialkar-

cinom. (*Arch. f. gyn.*, t. LXXIX, 1907, f. 3., ou *Centr. f. gyn.*, 1907, p. 275.)

TEMESVARY. — (*Verhand. d. deutsch. gyn. Gesellschaft*, 1895, t. IV, p. 746.)

TIBURTIUS. — (*Thèse Königsberg*, 1889.)

TREKAKI. — Cancer de l'estomac. Cancer secondaire du péritoine, des ovaires et de l'utérus. (*Soc. anat.*, 1890, p. 241.)

TOYOSUMI. — (*Virchows Arch.*, Bd. 191.)

TIXIER. — (*Lyon Médical*, 1909.)

TUFFIER. — (*Société de Chirurgie de Paris*, 9 mars 1898.)

TRIPIER. — Anatomie pathologique, p. 922.

VIGNES. — Carcinome de l'ovaire. (*Thèse de Bordeaux*, 1895.)

VINCENT et FERRARI. — Cancer métastatique des ovaires et du cul-de-sac de Douglas. (*Bull. Soc. Gyn. et Obst.*, avril 1912.)

VIRCHOW. — Die Krankhaften geschwülste, t. II, p. 370, Berlin, 1864.

WAGNER. — Zur Histogenese der sogenamten Krükenberg'schen ovarialtumoren. (*Wien. Klin. Woch.*, n° 20, 15 mai 1902.)

WAGNER. — (*Centralb. f. Gyn.*, 1906, p. 752.)

WALTHER. — Cancer de l'estomac avec métastases dans les deux ovaires et l'utérus. (*Bull. Asso. fran. p. l'étu. d. cancer*, t. III, 1910, p. 268.)

WEYL. — Magenkarcinom und ovarialtumor. (*Centr. f. gyn*, 1906, t. II, n° 38, p. 1054.)

WOLFHEIM. — Monatsch. f. geb. u. gyn., 1906, t. XXIV, p. 63.)

VU : *Le Président de la thèse,*
E. VINCENT.

VU : *Le Doyen,*
CURTILLET.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER
Alger, le 24 février 1913.
Pour le Recteur absent :
Le Vice-Président du Conseil de l'Université,
E. FISCHEUR.

TABLE DES MATIÈRES

Pages

CHAPITRE I. — Historique et introduction..... 7

— II. — Observations..... 14

— III. — Etiologie, fréquence..... 71

— IV. — Anatomie pathologique..... 76

— V. — Pathogénie..... 88

— VI. — Symptômes et diagnostic..... 98

— VII. — Conséquences cliniques et thérapeutiques..... 108

— VIII. — Conclusions..... 113

Bibliographie..... 115

Imp. F. MONTÉGUT, 12, rue Charras, AGHA-ALGER

IMPRIMERIE AGRICOLE
F. MONTEGUT
12, Rue Charras
ALGER